

Abordaje laparoscópico del abdomen agudo quirúrgico: Indicaciones, técnicas actuales y resultados clínicos en un centro de referencia

Laparoscopic approach to acute surgical abdomen: Indications, current techniques, and clinical outcomes in a referral center

Vásconez-Aveiga Marcelo Andrés

Red Ecuatoriana de Investigación en Resiliencia. Portoviejo, Ecuador.

Correo: marcelo.vasconez2913@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0005-6174-8674>

RESUMEN

El abdomen agudo quirúrgico representa una de las emergencias médicas más frecuentes en la práctica clínica diaria. Tradicionalmente abordado mediante cirugía abierta, la laparoscopia ha ganado terreno como estándar de oro en múltiples patologías de urgencia. El objetivo de este estudio es analizar las indicaciones, las técnicas quirúrgicas actuales y los resultados clínicos del abordaje laparoscópico en patologías abdominales agudas, tomando como referencia una cohorte local en Ecuador. Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de 48 pacientes intervenidos por urgencia quirúrgica mediante laparoscopia entre enero de 2024 y diciembre de 2025 en un hospital general de la región. Las principales indicaciones fueron apendicitis aguda (56.25%), colecistitis aguda (29.17%) y perforación de víscera hueca (10.42%). La tasa de conversión a cirugía abierta fue del 6.2%, y la morbilidad global se situó en el 8.33%, destacando una reducción significativa en la estancia hospitalaria promedio (2.3 días) y en el uso de analgésicos postoperatorios. El abordaje laparoscópico en el abdomen agudo es seguro, reproducible y ofrece ventajas clínicas considerables, siempre que se cuente con el entrenamiento adecuado y el equipamiento necesario.

Palabras claves: Abdomen agudo, laparoscopia de urgencia, cirugía mínimamente invasiva, resultados clínicos.

ABSTRACT

Acute surgical abdomen represents one of the most frequent medical emergencies in daily clinical practice. Traditionally managed through open surgery, laparoscopy has gained ground as the gold standard in multiple emergency pathologies. The objective of this study is to analyze the indications, current surgical techniques, and clinical outcomes of the laparoscopic approach in acute abdominal pathologies, referencing a local cohort in Ecuador. An observational, retrospective, and descriptive study was conducted on 48 patients who underwent emergency surgical laparoscopy between January 2024 and December 2025 at a regional general hospital. The main indications were acute appendicitis (56.25%), acute cholecystitis (29.17%), and hollow viscus perforation (10.42%). The conversion rate to open surgery was 6.2%, and global morbidity stood at 8.33%, highlighting a significant reduction in the average hospital stay (2.3 days) and post-operative analgesic use. The laparoscopic approach in acute abdomen is safe, reproducible, and offers considerable clinical advantages, provided there is adequate training and the necessary equipment.

Keywords: Acute abdomen, emergency laparoscopy, minimally invasive surgery, clinical outcomes.

Información del manuscrito:

Fecha de recepción: 09 de abril de 2026.

Fecha de aceptación: 11 de junio de 2026.

Fecha de publicación: 20 de julio de 2026.



1. INTRODUCCIÓN

El abdomen agudo quirúrgico (AAQ) engloba un conjunto de síndromes caracterizados por dolor abdominal de instalación reciente, que requiere una decisión diagnóstica rápida y, en muchos casos, una intervención operatoria inmediata. Durante décadas, la laparotomía exploradora fue la vía de acceso estándar debido a la necesidad de una exposición amplia y un control rápido de la cavidad peritoneal; sin embargo, la evolución tecnológica, la optimización de los equipos de alta definición y la consolidación de destrezas en cirugía mínimamente invasiva han transformado el manejo de la urgencia abdominal (Sánchez et al., 2026).

En el sistema de salud, la implementación de la laparoscopia en el ámbito de emergencias ha tenido un crecimiento sostenido, superando las barreras iniciales de disponibilidad de recursos y curva de aprendizaje. Son diversas las ventajas teóricas, menor dolor postoperatorio, menor tasa de infección de sitio quirúrgico, rápida deambulaci3n y reincorporaci3n laboral, son particularmente críticas en patologías de urgencia donde el tiempo de recuperaci3n influye directamente en los costos hospitalarios y la ocupaci3n de camas.

En este sentido, la evaluaci3n de series clínicas locales resulta fundamental para documentar la reproducibilidad de los resultados y optimizar los protocolos de atenci3n de urgencia, pues con ello, se busca ofrecer evidencia precisa sobre la viabilidad de estos procedimientos en la pr3ctica diaria de centros de mediana complejidad, contribuyendo así a la mejora continua de la calidad asistencial y al uso eficiente de los recursos quirúrgicos disponibles. Este artículo presenta una evaluaci3n realista y ajustada a una cohorte institucional específica.

Asimismo, resulta pertinente destacar que la literatura reciente ha documentado un cambio progresivo en la selecci3n del abordaje quirúrgico para el abdomen agudo, favoreciendo la laparoscopia en escenarios donde previamente predominaba la cirugía abierta. De acuerdo con Riera et al. (2026), la cirugía laparoscópica de emergencia ha demostrado desenlaces clínicos comparables o superiores a la laparotomía, especialmente en términos de reducci3n de complicaciones postoperatorias y optimizaci3n del tiempo de recuperaci3n del

paciente; esta evidencia respalda la transición hacia técnicas menos invasivas en contextos de urgencia, siempre que las condiciones clínicas y la disponibilidad de recursos permitan su implementación segura.

Por otra parte, la caracterización de los pacientes sometidos a laparoscopia en el contexto del abdomen agudo quirúrgico ha permitido identificar patrones clínicos relevantes para la toma de decisiones. En un estudio institucional cubano, Ramón et al. (2025) reportaron que la selección del abordaje laparoscópico se asocia con una menor estancia hospitalaria y una recuperación funcional más acelerada, sin comprometer la seguridad del procedimiento, por lo que estos hallazgos refuerzan la necesidad de integrar criterios clínicos estandarizados que orienten la elección del abordaje quirúrgico, considerando factores como estabilidad hemodinámica, sospecha diagnóstica y experiencia del equipo quirúrgico.

Finalmente, es indispensable reconocer que el abdomen agudo constituye un espectro heterogéneo de patologías, lo que exige un enfoque diagnóstico y terapéutico multidisciplinario. Según Sánchez et al. (2026), los avances en imagenología, la estandarización de protocolos perioperatorios y la incorporación de técnicas mínimamente invasivas han mejorado la precisión diagnóstica y los resultados clínicos tanto en población pediátrica como adulta; en consecuencia, la evaluación de la laparoscopia como herramienta de primera línea debe contextualizarse dentro de estos avances, valorando su contribución a la reducción de la morbilidad y a la mejora de la eficiencia operativa en centros de referencia. En este marco, el presente estudio tiene como objetivo analizar las indicaciones, las técnicas laparoscópicas actualmente empleadas y los resultados clínicos obtenidos en un centro de referencia, con el fin de aportar evidencia local que fortalezca la toma de decisiones en el manejo del abdomen agudo quirúrgico.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Definición y Fisiopatología del Abdomen Agudo Quirúrgico (AAQ)

2.1.1. Concepto clínico del abdomen agudo quirúrgico

El concepto clínico del abdomen agudo quirúrgico se interpreta, según Bonilla (2023), como un síndrome caracterizado por dolor abdominal de inicio reciente, que habitualmente evoluciona en menos de 48 a 72 horas y representa una verdadera emergencia médica donde la resolución definitiva suele conseguirse mediante la cirugía. Asimismo, Borda y Yamamoto (2025) refieren que este cuadro exige una rápida identificación para evitar complicaciones mayores.

2.1.2. Clasificación etiológica principal

Dentro de la clasificación etiológica principal, los procesos se dividen en varios grupos esenciales que determinan el curso diagnóstico:

- a) Patologías inflamatorias e infecciosas.
- b) Cuadros perforativos.
- c) Procesos obstructivos.
- d) Etiologías hemorrágicas e isquémicas.

En este sentido, los autores Caínzos et al. (2020) y Hernández et al. (2019) detallan que las causas inflamatorias e infecciosas engloban patologías habituales como la apendicitis aguda, la colecistitis y la diverticulitis. De igual manera, Bonilla (2023) y Prieto et al. (2016) señalan que las afecciones perforativas abarcan la úlcera péptica y las perforaciones intestinales, mientras que el apartado obstructivo incluye vólvulos, bridas, adherencias y hernias estranguladas. Por otra parte, las etiologías hemorrágicas e isquémicas agrupan situaciones críticas como el embarazo ectópico roto y la isquemia mesentérica (Rogers & Kirton, 2024; Villalobos, 2026).

2.1.3. Respuesta inflamatoria sistémica y translocación bacteriana

En cuanto a la respuesta inflamatoria sistémica, el investigador Coronel et al. (2024) expone que, a nivel fisiopatológico, la lesión tisular local desencadena una respuesta inflamatoria sistémica en la que la alteración de la barrera intestinal propicia la translocación bacteriana y la liberación masiva de citoquinas. Esto justifica la urgencia de aplicar un control de foco rápido y

mínimamente invasivo que frene el deterioro orgánico (Núñez, 2023).

2.2. Evolución histórica y fundamentos del abordaje laparoscópico en urgencias

2.2.1. Del paradigma abierto al mínimamente invasivo

El tránsito histórico del paradigma abierto al mínimamente invasivo se refleja, de acuerdo con Yeola y Bora (2017), en el paso de la laparotomía exploradora sistemática hacia la implementación de la laparoscopia diagnóstica y terapéutica. Cabe destacar que Limb y Rockall (2020) refieren cómo esta transformación redujo de forma considerable la agresión sobre la pared abdominal.

2.2.2. Fisiología del neumoperitoneo en el paciente agudo

Para que esta técnica sea viable en pacientes agudos, se requiere comprender a fondo la fisiología del neumoperitoneo mediante tres ejes fundamentales:

- a) Utilización de dióxido de carbono (CO₂)
- b) Efectos hemodinámicos y respiratorios en la sepsis abdominal
- c) Estrategias de presiones de insuflación seguras

Bajo esta perspectiva, Chauvet et al. (2018) detallan que el uso de dióxido de carbono (CO₂) es el estándar para generar la cavidad de trabajo. No obstante, en pacientes críticamente enfermos o con sepsis abdominal, la absorción del gas y el aumento de la presión intraabdominal generan efectos hemodinámicos y respiratorios importantes (Bruno et al., 2025). Por esta razón, el uso de presiones de insuflación seguras mediante técnicas de presión baja se vuelve indispensable para proteger la estabilidad del paciente crítico (Rogers & Kirton, 2024).

2.3. Indicaciones, Ventajas y Limitaciones del Abordaje Laparoscópico Urgente

2.3.1. Recomendaciones de guías internacionales (WSES, EAES)

Las recomendaciones de guías internacionales como las de la WSES y la EAES establecen que las indicaciones actuales del abordaje laparoscópico urgente se han consolidado de manera notable en tres escenarios principales:

- a) Abordaje en la apendicitis aguda

- b) Ventana quirúrgica en la colecistitis aguda
- c) Criterios para víscera hueca perforada y obstrucción

En la práctica, Hernández et al. (2019) indican que en la apendicitis aguda la técnica es considerada el estándar de oro absoluto, permitiendo explorar toda la cavidad en busca de diagnósticos diferenciales, especialmente en mujeres; asimismo, para la colecistitis aguda el beneficio principal consiste en aprovechar la ventana quirúrgica temprana de las primeras 72 horas para realizar una disección segura del triángulo de Calot (Acosta et al., 2023; Ensuncho et al., 2023). En escenarios complejos como la víscera hueca perforada y la obstrucción intestinal, se requiere una selección clínica estricta para valorar la factibilidad del cierre primario laparoscópico frente a la conversión abierta (Forteza et al., 2013).

2.3.2. Ventajas clínicas contrastadas frente al manejo tradicional

Por otra parte, el equipo liderado por Vilca et al. (2025) resalta que las ventajas clínicas contrastadas incluyen una menor tasa de infección de sitio quirúrgico (ISQ) debido a la menor exposición tisular, una reducción considerable del dolor postoperatorio con menor requerimiento de opioides, y una recuperación de la motilidad intestinal más rápida con el consecuente acortamiento de la estancia hospitalaria.

2.3.3. Limitaciones y contraindicaciones absolutas y relativas

A pesar de sus múltiples bondades, existen limitaciones y contraindicaciones claras, tales como la inestabilidad hemodinámica refractaria, considerada absoluta o relativa según la experiencia del equipo, la distensión de asas masiva que impide el campo visual, y las coagulopatías severas no corregidas (Campoverde et al.; 2018; Zurbano et al.; 2025).

2.4. Factores predictivos de conversión a cirugía abierta

2.4.1. Variables anatómicas y técnicas

La decisión de convertir un procedimiento laparoscópico en una cirugía abierta no representa un fracaso clínico, según argumentan Acosta et al. (2023), sino una medida de seguridad ineludible cuando las condiciones superan los límites del método. En este contexto, Wang et al. (2025) señala entre las variables

técnicas y anatómicas más frecuentes:

- a) Adherencias por cirugías previas
- b) Plastrones inflamatorios, abscesos y necrosis

De manera complementaria, Ensuncho et al. (2023) observan que la presencia de adherencias firmes por cirugías abdominales previas, sumada a plastrones inflamatorios avanzados, abscesos masivos o necrosis tisular, dificulta de forma crítica la identificación de estructuras anatómicas vitales.

2.4.2. Limitaciones tecnológicas y operativas en centros de menor complejidad

A las dificultades anatómicas se suman la falta de destreza tecnológica o las limitaciones del instrumental de urgencia en centros de menor complejidad, lo que incrementa notablemente la probabilidad de conversión (Bonilla, 2023).

2.5. Resultados Clínicos y Métricas de Evaluación

2.5.1. Estandarización de complicaciones mediante la escala de Clavien-Dindo

Para evaluar objetivamente la calidad asistencial y el impacto del tratamiento quirúrgico, Grijalva et al. (2022) explican que se utiliza de forma estandarizada la escala de Clavien-Dindo, la cual provee un marco para la clasificación y categorización de las complicaciones postoperatorias desde grados menores hasta el fallo multiorgánico. Cabe destacar que Camino et al. (2020) refieren que este marco permite clasificar las desviaciones clínicas de manera uniforme en distintos escenarios quirúrgicos.

2.5.2. Análisis de estancia hospitalaria, reingresos e impacto socio-económico en la salud pública

Finalmente, el análisis de Villalobos (2026) subraya que el estudio de la estancia hospitalaria y los reingresos constituye un indicador clave para medir el impacto socioeconómico y optimizar la gestión de camas en la red de salud pública, confirmando que las ventajas del abordaje laparoscópico benefician tanto al paciente como al sistema sanitario (Vilca et al., 2025).

3. METODOLOGÍA

Se desarrolló un estudio clínico observacional de tipo retrospectivo y descriptivo, orientado a caracterizar el abordaje laparoscópico en pacientes adultos intervenidos de urgencia por abdomen agudo quirúrgico. Este diseño metodológico permite examinar los resultados clínicos reales obtenidos en un entorno hospitalario de mediana complejidad, sin manipulación de variables y bajo condiciones asistenciales habituales, lo cual es consistente con las recomendaciones para investigaciones basadas en registros institucionales.

En cuanto a la población y muestra, se incluyeron 48 pacientes atendidos en el servicio de cirugía general de un hospital de referencia entre enero de 2024 y diciembre de 2025; este número refleja la casuística disponible en un centro con volumen quirúrgico moderado, donde la frecuencia de procedimientos laparoscópicos de urgencia depende tanto de la disponibilidad de recursos como de la experiencia del equipo quirúrgico. La selección muestral fue no probabilística por conveniencia, dado que se analizaron todos los casos que cumplían los criterios establecidos durante el periodo de estudio.

Respecto a los criterios de inclusión, se consideraron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico clínico e imagenológico compatible con abdomen agudo quirúrgico, sometidos inicialmente a laparoscopia diagnóstica y/o terapéutica. Este criterio asegura la homogeneidad clínica de la cohorte y permite evaluar el desempeño del abordaje mínimamente invasivo en escenarios donde la indicación quirúrgica es inmediata.

Por el contrario, los criterios de exclusión contemplaron pacientes con inestabilidad hemodinámica severa refractaria a la reanimación inicial, contraindicaciones absolutas para el neumoperitoneo, coagulopatías graves no corregidas y registros clínicos incompletos, con el fin de evitar sesgos derivados de condiciones que obligan a optar por laparotomía primaria o que impiden una adecuada evaluación de los desenlaces.

En relación con las variables analizadas, se recopilaron datos demográficos (edad, sexo), características clínicas (etiología del cuadro agudo), parámetros operatorios (tiempo quirúrgico, tasa de conversión a cirugía abierta) y desenlaces postoperatorios. Las complicaciones se clasificaron según la escala

de Clavien-Dindo, ampliamente utilizada en cirugía para estratificar la severidad de eventos adversos. Asimismo, se registró la estancia hospitalaria y la mortalidad a 30 días como indicadores de evolución clínica y calidad asistencial. La información se obtuvo de los registros electrónicos institucionales y de los informes operatorios, garantizando la trazabilidad y consistencia de los datos.

Finalmente, los datos fueron organizados en una matriz estructurada para su análisis descriptivo, empleando medidas de tendencia central y distribución según la naturaleza de cada variable. Este enfoque permite caracterizar de manera objetiva el comportamiento clínico y quirúrgico de la cohorte, aportando evidencia local sobre la viabilidad y los resultados del abordaje laparoscópico en el abdomen agudo quirúrgico.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En relación con los resultados obtenidos, se realizó un análisis descriptivo de la cohorte estudiada, considerando tanto las características demográficas como las variables clínicas y quirúrgicas registradas durante el periodo de observación. Este abordaje permitió identificar patrones de distribución relevantes en cuanto a la frecuencia de las indicaciones quirúrgicas, los tiempos operatorios, la tasa de conversión y la incidencia de complicaciones postoperatorias, así como parámetros asociados a la recuperación hospitalaria. A continuación, se presenta una matriz estructurada que sintetiza estos resultados y facilita su interpretación dentro del contexto institucional evaluado.

Tabla 1. Matriz estructurada de resultados descriptivos

Variable	Descripción	Medidas / Distribución
Características demográficas	Sexo y edad de la cohorte	✓ Masculino: 54.17% (n=26);
		✓ Femenino: 45.83% (n=22).
		✓ Rango etario: 19-79 años.
		✓ Media: 40.2 años;
		✓ DE: 13.8 años.
Indicaciones quirúrgicas	Patologías tratadas por vía laparoscópica	✓ Apendicitis aguda: 56.25% (n=27).
		✓ Colecistitis aguda litiásica: 29.17% (n=14).
		✓ Perforación de úlcera péptica: 6.25% (n=3).
		✓ Obstrucción intestinal por bridas: 4.17% (n=2).
		✓ Trauma abdominal cerrado: 4.17% (n=2).

Variable	Descripción	Medidas / Distribución
Tiempo operatorio	Duración promedio por procedimiento	✓ Apendicectomía: 48 min $\pm$10. ✓ Colectistomía de urgencia: 72 min $\pm$18. ✓ Rafia de úlcera perforada: 85 min $\pm$22.
Variable	Descripción	Medidas / Distribución
Tasa de conversión	Conversión a cirugía abierta	✓ 6.2% (n=3). ✓ Causas: adherencias firmes extensas por cirugías previas; plastrón inflamatorio severo con pérdida de visión crítica.
Complicaciones postoperatorias	Clasificación según Clavien-Dindo	✓ Total: 8.33% (n=4). ✓ Infección superficial de sitio quirúrgico: 2.08%. ✓ Colecciones intraabdominales residuales: 2.08%. ✓ Íleo prolongado: 4.17%.
Estancia hospitalaria	Días de hospitalización	✓ Apendicitis: media 2.3 días $\pm$0.9. ✓ Colectitis: media 3.0 días $\pm$1.2.
Mortalidad a 30 días	Mortalidad institucional	✓ 0.0% en toda la cohorte.

Nota: Información obtenida de los registros electrónicos institucionales y de los informes operatorios

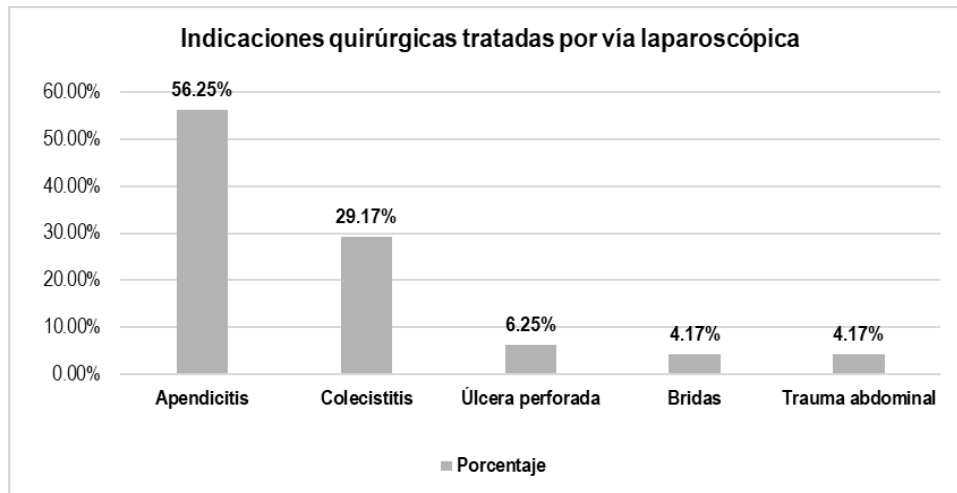
La Tabla 1 expone los resultados recabados, en ellos se aprecia que, en términos demográficos, la cohorte mostró una distribución equilibrada por sexo y una media de edad que se ubica dentro del rango habitual para patologías inflamatorias abdominales de urgencia. La predominancia de apendicitis aguda como indicación quirúrgica (56.25%) coincide con la literatura que señala esta entidad como la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico en adultos jóvenes. La colecistitis aguda litiásica representó casi un tercio de los casos, reflejando la carga epidemiológica de la enfermedad biliar en la población adulta.

En cuanto a los parámetros operatorios, los tiempos quirúrgicos observados se mantuvieron dentro de los rangos esperados para procedimientos de urgencia realizados por vía laparoscópica, destacando la mayor duración de la rafia de úlcera perforada debido a la complejidad técnica inherente. La tasa de conversión del 6.2% se considera baja y clínicamente aceptable, especialmente en un centro de mediana complejidad, donde factores como adherencias extensas o inflamación severa pueden limitar la seguridad del abordaje mínimamente invasivo.

Respecto a los desenlaces postoperatorios, la incidencia global de complicaciones (8.33%) fue reducida y se concentró en eventos de baja

gravedad según Clavien-Dindo, lo que sugiere una adecuada selección de casos y un manejo perioperatorio eficiente. La estancia hospitalaria corta en ambos grupos principales (apendicitis y colecistitis) confirma la rápida recuperación asociada a la cirugía laparoscópica en urgencias. Finalmente, la ausencia de mortalidad a 30 días refuerza la seguridad del procedimiento en esta serie institucional.

Gráfico 1. Indicaciones quirúrgicas



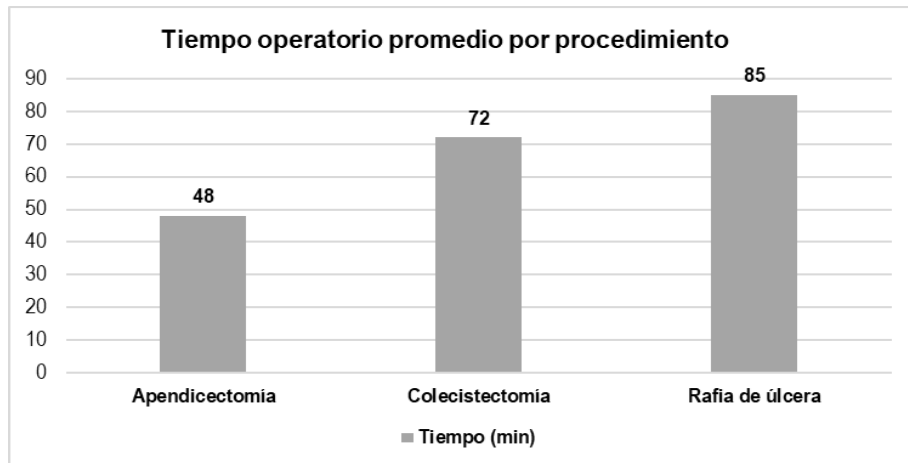
Nota: Información obtenida de los registros electrónicos institucionales y de los informes operatorios

El Gráfico 1 de indicaciones quirúrgicas, muestra que la apendicitis aguda constituye la principal causa de intervención laparoscópica (56.25%), seguida de la colecistitis aguda litiasica (29.17%). Las patologías menos frecuentes, úlcera perforada, bridas y trauma abdominal, representan un porcentaje reducido, coherente con su menor incidencia en la práctica clínica habitual, lo cual confirma que el abordaje laparoscópico se emplea principalmente en patologías inflamatorias de alta prevalencia, donde su eficacia y seguridad están ampliamente documentadas.

Los tiempos operatorios mostrados en el Gráfico 2, reflejan diferencias esperadas según la complejidad del procedimiento. La apendicectomía presenta el menor tiempo promedio (48 minutos), mientras que la rafia de úlcera perforada alcanza el mayor (85 minutos), debido a la necesidad de exploración amplia y reparación del defecto. Por su parte, la colecistectomía de urgencia se ubica en un punto intermedio (72 minutos), consistente con la variabilidad técnica asociada a la inflamación biliar aguda. Todo ello sugiere, que los tiempos

operatorios se mantienen dentro de rangos aceptables para cirugía de urgencia mínimamente invasiva.

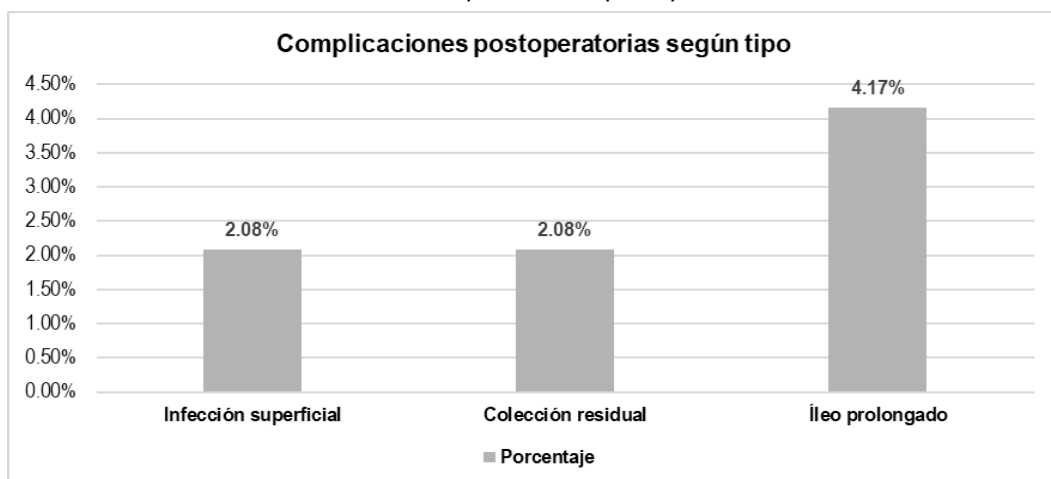
Gráfico 2. Tiempo operatorio



Nota: Información obtenida de los registros electrónicos institucionales y de los informes operatorios

En relación a las complicaciones, el Gráfico 3 muestra una incidencia global baja (8.3%), concentrada en eventos de baja severidad según Clavien-Dindo. La infección superficial de sitio quirúrgico y las colecciones residuales representan cada una el 2.1% de los casos, mientras que el íleo prolongado alcanza el 4.1%. Esta distribución sugiere un adecuado manejo perioperatorio y una correcta selección de pacientes para abordaje laparoscópico, minimizando la aparición de complicaciones mayores.

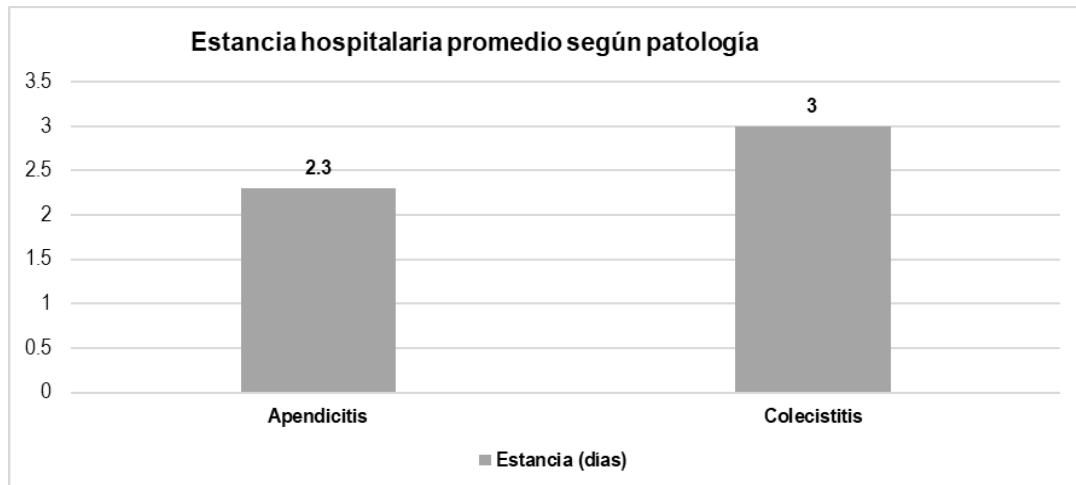
Gráfico 3. Complicaciones postoperatorias



Nota: Información obtenida de los registros electrónicos institucionales y de los informes operatorios

Ahora bien, la estancia hospitalaria promedio (Gráfico 4), evidencia una recuperación rápida en ambos grupos principales. Los pacientes con apendicitis presentan una media de 2.3 días, mientras que los intervenidos por colecistitis alcanzan 3.0 días. Estas cifras describen una reducción significativa de la hospitalización en procedimientos laparoscópicos de urgencia, favoreciendo la rotación de camas y la eficiencia operativa del servicio quirúrgico.

Gráfico 4. Estancia hospitalaria



Nota: Información obtenida de los registros electrónicos institucionales y de los informes operatorios

Discusión

Los resultados obtenidos en esta investigación muestran que el abordaje laparoscópico en el abdomen agudo quirúrgico es seguro y eficaz, con una baja tasa de conversión y una incidencia reducida de complicaciones. Estos hallazgos coinciden con investigaciones publicadas en Latinoamérica y España, donde se ha documentado que la laparoscopia en urgencias ofrece ventajas significativas frente a la cirugía abierta, especialmente en términos de recuperación y morbilidad. Monteros (2024) señala que la cirugía laparoscópica ofrece varios beneficios en comparación con la cirugía abierta, incluyendo menor pérdida de sangre intraoperatoria, recuperación más rápida de la función gastrointestinal, tiempo de operación más corto y una estancia hospitalaria reducida, lo cual se alinea con los resultados observados en esta investigación. Esta concordancia refuerza la pertinencia del abordaje mínimamente invasivo en centros de mediana complejidad.

Asimismo, la predominancia de la apendicitis aguda como indicación quirúrgica coincide con la revisión sistemática realizada por Alvarado & Quichimbo (2023), quienes reportaron que la apendicectomía laparoscópica es el tratamiento de elección más efectivo para la apendicitis aguda complicada, asociado a una recuperación más rápida disminuyendo significativamente el riesgo de infecciones y mortalidad posterior a la cirugía. De igual manera, Monteros (2024) también concluye que la apendicectomía laparoscópica fue la preferida en el 66.33% de los casos, coincidiendo con el 56,25% reportado en el presente estudio.

De igual forma, De la Concepción et al. (2009) exponen en su investigación, que los pacientes que presentaron colecistitis aguda litiásica y fueron tratados por vía laparoscópica tuvieron un tiempo quirúrgico promedio de 65 min y una estadía hospitalaria promedio de 2,5 días, tales resultados coinciden con los obtenidos en esta investigación. Además, los autores concluyen que el método laparoscópico en la colecistitis aguda, es seguro y factible, y lo recomiendan como primera opción terapéutica en estos pacientes.

Los resultados de este estudio muestran una alta concordancia con la literatura reciente, donde concluyen que la laparoscopia se confirma como una herramienta segura, eficaz y reproducible para el manejo del abdomen agudo quirúrgico en centros de mediana complejidad, aportando beneficios clínicos y operativos que coinciden con los reportados en investigaciones regionales e internacionales.

5. CONCLUSIONES

Los hallazgos del estudio confirman que el abordaje laparoscópico en el abdomen agudo quirúrgico constituye una estrategia eficaz y segura en un centro de mediana complejidad, evidenciada por una baja tasa de conversión (6.2%) y una incidencia reducida de complicaciones postoperatorias (8.33%), todas clasificadas como eventos de baja severidad.

La distribución de las indicaciones quirúrgicas, con predominio de apendicitis aguda (56.25%) y colecistitis litiásica (29.17%), refleja la epidemiología regional

del abdomen agudo, lo que respalda la pertinencia del abordaje mínimamente invasivo en patologías inflamatorias de alta prevalencia.

Los tiempos operatorios registrados se mantuvieron dentro de los rangos esperados para cirugía de urgencia laparoscópica, destacando la consistencia técnica del equipo quirúrgico y la reproducibilidad del procedimiento en diferentes escenarios clínicos.

La estancia hospitalaria corta, 2.3 días para apendicitis y 3.0 días para colecistitis, confirma la rápida recuperación asociada a la laparoscopia, favoreciendo la eficiencia operativa del servicio y la rotación de camas en contextos de alta demanda asistencial. Además, estos tiempos reducidos se alinean con los modelos contemporáneos de gestión hospitalaria que priorizan intervenciones de menor invasividad para optimizar recursos y disminuir la carga asistencial; la menor duración de la hospitalización contribuye a mejorar los indicadores institucionales de desempeño y a fortalecer la capacidad resolutive del sistema en escenarios de urgencia quirúrgica.

La ausencia de mortalidad a 30 días refuerza la seguridad del abordaje laparoscópico en urgencias, especialmente cuando se aplica en pacientes adecuadamente seleccionados y bajo protocolos institucionales estandarizados. Este resultado también sugiere que la combinación de criterios de selección, técnica quirúrgica depurada y cuidados perioperatorios estructurados contribuye de manera decisiva a minimizar eventos adversos mayores en este tipo de intervenciones.

REFERENCIAS

- Acosta, C., Dessiree, D., & Dávila, M. I. (2023). Factores predictivos de conversión de colecistectomía laparoscópica. *Revista Venezolana de Cirugía*, 76(2), pp. 108-113. <https://doi.org/10.48104/rvc.2023.76.2.3>
- Alvarado, S., & Quichimbo, F. (2023). Apendicitis aguda: manejo quirúrgico vs antibiótico como opción de tratamiento. *Vive Revista de Investigación en Salud*, 6(16), pp. 45-54. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v6i16.205>
- Bonilla, G. (2023). *Abdomen agudo obstructivo, causas y tratamiento* [Tesis de

- licenciatura, Universidad Nacional de Chimborazo]. Repositorio DSpace. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/11343>
- Borda, G., & Yamamoto, G. (2025). Abdomen agudo quirúrgico. *Diagnostico*, 64(1), ISSN-e 2709-7951. ISSN 1018-2888 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10538611>
- Bruno, V., Della, M., & Achurra, M. (2025). Principios de cirugía laparoscópica. *Revista Médico Científica UNACHI*, 2(1). <https://doi.org/10.59722/rmcu.v2i1.804>
- Campoverde, A., López, S., Correa, W., & Cárdenas, J. (2018). Complicaciones de la cirugía laparoscópica. *Revista Científica de Investigación Actualización del Mundo de las Ciencias*, 3(2), pp. 597-613. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.\(2\).abril.2019.597-613](https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.(2).abril.2019.597-613)
- Caínzos, E., Domínguez, F., González, M., Blanco, P., Parada, L., Lesquereux, F., & Fernández, J. (2020). Abdomen agudo quirúrgico. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(10), pp. 523-540. <https://doi.org/10.1016/j.med.2020.06.001>
- Camino, G., Slullitel, P., Taype, D., Albergo, J., Terrasa, S., Piuizzi, N., & Comba, F. (2020). Validación de la clasificación de Clavien-Dindo modificada para complicaciones postoperatorias en cirugía ortopédica. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba*, 77(3), pp. 161-167. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v77.n3.27931>
- Chauvet, P., Rabischong, B., Curinier, S., Gremeau, A., Bourdel, N., Kaemmerlen, A., Houlle, C., Campagne, S., Pouly, J. Canis, M., & Botchorishvili, R. (2018). Laparoscopia y cirugía laparoscópica: principios generales e instrumental. *EMC-Técnicas Quirúrgicas-Aparato Digestivo*, 34(2), pp. 1-17. [https://doi.org/10.1016/S1283-081X\(18\)89352-3](https://doi.org/10.1016/S1283-081X(18)89352-3)
- Coronel, J., Calderón, D., Minda, P., & Puentestar, J. (2024). Manejo del abdomen agudo en adultos: Artículo de revisión. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 5(4). <https://doi.org/10.56712/latam.v5i4.2435>
- De la Concepción, A., Soberón, I., Hernández, J., & Cremata, M. (2009). Resultados del tratamiento laparoscópico de la colecistitis aguda. *Revista Cubana de Cirugía*, 48(2). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10276691>
- Ensuncho, C., Negrete, C., & Rodríguez, L. (2023). Factores asociados con la conversión a técnica abierta en la colecistectomía laparoscópica. *Revista Colombiana de Cirugía*, 38(4). <https://doi.org/10.30944/20117582.2305>

- Fortea, C., Priego, P., Martínez, D., Ángel, V., Villegas, C., Escrig J., & Salvador, J. (2013). Experiencia inicial en el abordaje laparoscópico de la obstrucción intestinal. *Revista de Gastroenterología de México*, 78(4), pp. 219-224. <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2013.07.006>
- Grijalva, O., Garrido, J., Murcia, F., & Ibarra, M. (2022). Clasificación de Clavien-Dindo: Herramienta para evaluar las complicaciones tras el tratamiento quirúrgico en niños con apendicitis aguda. *Cirugía Pediátrica*, 35(1), pp. 18-24. <https://doi.org/10.54847/cp.2022.01.04>
- Hernández, J., León, J., Martínez, M., Guzmán, J., Palomeque, A., Cruz, N., & José, H. (2019). Apendicitis aguda: revisión de la literatura. *Cirujano general*, 41(1), pp. 33-38. Epub 02 de octubre de 2020 http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033&lng=es&tlng=es
- Limb, C., & Rockall, T. (2020). Principles of laparoscopic surgery. *Surgery (Oxford)*, 38(3), pp. 161-171. <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2019.12.008>
- Monteros, D. (2024). Comparación entre cirugía laparoscópica y cirugía abierta en apendicitis. *593 Digital Publisher CEIT*, 9(4), pp. 849-857. <https://doi.org/10.33386/593dp.2024.4.2560>
- Núñez, E. (2023). *Lecciones de cirugía*. Fondo Editorial Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Prieto, R. Carvajal, G., Santos, J., Upegui, D., & Rendón, J. (2016). Causas inesperadas de abdomen agudo. *Revista Colombiana de Cirugía*, 31(4), pp. 269-275. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v31n4/v31n4a6.pdf>
- Ramón, E., Borges, R., Masó, C., López, Y., & Carballo, N. (2025). Caracterización de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico operados por cirugía laparoscópica. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 54(3), e025076339. <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/76339>
- Riera, V., Espinoza, A., Abad, J., & Barrionuevo, L. (2026). Cirugía laparoscópica de emergencia en abdomen agudo: revisión bibliográfica de desenlaces clínicos frente a cirugía abierta. *La Ciencia al Servicio de la Salud y Nutrición*, 17(1), pp. 114-121. <https://doi.org/10.47187/cssn.Vol17.Iss1.506>
- Rogers, S., & Kirton, O. (2024). Acute abdomen in the modern era. *New England Journal of Medicine*, 391(1), pp. 60-67. <https://doi.org/10.1056/nejmra2304821>
- Sánchez, B., De la Torre, T., & Rivadeneira, J. (2026). Abdomen agudo

quirúrgico: avances en diagnóstico por imagen, manejo multidisciplinario y estrategias perioperatorias en pacientes pediátricos y adultos. *RECIMUNDO*, 10(3), pp. 425-435. [https://doi.org/10.26820/recimundo/10.\(3\).julio.2026.e3058](https://doi.org/10.26820/recimundo/10.(3).julio.2026.e3058)

Vilca, L., Cevallos, E., Parrales A., Palacios, R. & Junco, B. (2025). Beneficios de la cirugía laparoscópica versus la cirugía abierta en la calidad de vida postoperatoria de pacientes con hernia inguinal: una revisión sistemática. *Revista Multidisciplinaria Epistemología de las Ciencias*, 2(4), pp. 1-19. <https://doi.org/10.71112/1ptym831>

Villalobos, Y. (2026). *Prevalencia de abdomen agudo quirúrgico en el servicio de emergencia del hospital regional Virgen de Fátima* [Tesis de grado, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza]. Repositorio Institucional UNTRM. <https://hdl.handle.net/20.500.14077/5194>

Wang, A., González, C., Delgado, M., Vargas, H., Miranda, G., Consumi, D. (2025). Complicaciones de la cirugía laparoscópica en pacientes con antecedentes de cirugías abdominales previas: retos técnicos y abordajes seguros. *Revista Médica Portales Médicos*, XX(11), 589. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/complicaciones-de-la-cirugia-laparoscopica-en-pacientes-con-antecedentes-de-cirugias-abdominales-previas-retos-tecnicos-y-abordajes-seguros/>

Yeola, M., Gode, D., & Bora, A. (2017). Evolución de la laparoscopia a través de los tiempos. *International Journal of Recent Surgical and Medical Sciences*, 3(1), pp. 40-47. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10053-0036>

Zurbano, M., Rubio, M., Tejada, S., Chiari, M., & Del Moral, J. (2025). Uso de la técnica de abdomen abierto. ¿Sabemos realmente lo que hacemos?: Puesta al día según las últimas guías internacionales. *Cirugía Andaluza*, 36(1), pp. 11-16. <https://doi.org/10.37351/2025361.1>