



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

**Características del uso de antibioprofilaxis en colecistectomías
laparoscópicas electivas. Hospital Sergio Bernal.2018-2019**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

Palacios Saman, Joao Lucio Antonio (ORCID: 0000-0002-7661-6456)

ASESOR:

DR. Bazan Palomino Edgar Ricardo (ORCID: 0000-0002-7973-2014)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedad no transmisible

**PIURA - PERÚ
2021**

Dedicatoria

Dios por haberme iluminado y guiado en el trayecto diario y protegerme en mi camino profesional.

A mi familia en forma especial a mi madre, hermanos y tíos por el apoyo incondicional en todos los momentos difíciles y brindarme su comprensión y confianza para cumplir cada uno de mis objetivos.

Agradecimiento

Al Hospital Nacional Sergio E. Bernal por brindarme el apoyo en la presente investigación.

Al Dr. Jaime Arévalo por el apoyo y asesoramiento en el presente trabajo.

A mis docentes que a lo largo de esta carrera contribuyeron con mi formación universitaria.

ÍNDICE

Carátula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Página del Jurado.....	iv
Índice.....	v
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	9
1.1 Realidad problemática.....	9
1.2 Trabajos previos.....	10
1.3 Teorías relacionadas al tema.....	13
1.4. Formulación del problema.....	18
1.5 Justificación.....	19
1.6 Objetivos.....	19
II.MÉTODOS	20
2.1 Diseño de estudio de investigación.....	20
2.2 Variables Operacionalización.....	20
2.3 Población y muestra.....	22
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	22
2.5 Métodos de análisis.....	23
2.6 Aspectos éticos.....	23

III.RESULTADOS	24
IV. Discusión.....	28
V. Conclusiones.....	32
VI. Recomendaciones.....	33
VII. Referencias bibliográficas	

RESUMEN

Objetivo: Conocer las características del uso de antibiótico profilaxis en colecistectomías laparoscópicas electivas Hospital Sergio Bernal durante el 2018-2019.

Métodos: Investigación descriptiva, retrospectiva, transversal y observacional.

Resultados: La población estuvo conformada por todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente por colecistectomía laparoscópica en el Hospital Sergio Bernal en el año 2018 desde enero a diciembre 2019 enero a marzo. Seleccionando a 172 pacientes se observó que presentan profilaxis antibiótica en el 35% para el caso de la cefazolina y 38% del caso de la ceftriaxona haciendo un conjunto de pacientes que no presentaron profilaxis en el 42% para los casos de 3079 años no se dio la protección antibiótica en el 58% sin embargo para el uso de cefazolina y ceftriaxona estuvo presente en el 65 y 62 porcientos respectivamente ambas variables están relacionadas entre sí.

Conclusiones:

Las características del uso de antibiótico profilaxis en colecistectomía laparoscópica se efectivas en el nosocomio establecen que se dieron en el 75% de los casos siendo principalmente dosis que varía cada 12 horas con 2 gramos de aplicación y principalmente 60 minutos antes del procedimiento quirúrgico

Palabras clave:

Antibiótico, profilaxis, colecistectomía

ABSTRACT

Objective: To know the characteristics of the use of prophylactic antibiotics in elective laparoscopic cholecystectomies, Hospital Sergio Bernal during 2018-2019.

Methods: Descriptive, retrospective, cross-sectional and observational research.

Results: The population consisted of all patients operated on for laparoscopic cholecystectomy at the Sergio Bernal Hospital in 2018 from January to December 2019 January to March. Selecting 172 patients, it was observed that 35% presented antibiotic prophylaxis in the case of cefazolin and 38% of the case of ceftriaxone, making a group of patients who did not present prophylaxis in 42% for the cases of 3079 years, the Antibiotic protection in 58%, however, for the use of cefazolin and ceftriaxone it was present in 65 and 62 percent, respectively, both variables are related to each other.

Conclusions: The characteristics of the use of antibiotic prophylaxis in laparoscopic cholecystectomy that are effective in the hospital establish that they were given in 75% of cases, mainly doses that vary every 12 hours with 2 grams of application and mainly 60 minutes before the surgical procedure

Keywords:

Antibiotic, prophylaxis, cholecystectomy

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

La colelitiasis o cálculos biliares es una enfermedad que hasta un 15% de la población en el mundo en algún momento de su vida constituyendo un problema de salud pública; (1) siendo aproximadamente diagnosticadas en el últimos años de colelitiasis 1 millón de personas anualmente. (2)

El 20% en otros países desarrollados y Europa hasta el 20% de su población sufre de este trastorno gastrointestinal que es una causal frecuente de ingreso a la emergencia hospitalaria en Europa. (3)

En Chile y Bolivia al igual de Estados Unidos aumentado más del 30% la prevalencia por lo que ingresan a cirugía. (4)

En América Latina su prevalencia de litiasis biliar es de 5-15 % siendo las más afectadas la población adulta mayores 40 años, por cada 4 mujeres un hombre, edad fértil o reproductiva y obesidad cumpliendo la regla de las 4F. (4)

México la litiasis biliar prevalece en un 14,3% de toda la población y siendo de estos el 25% manifiesta sintomatología de cólico biliar. (5)

En México debido a este incremento en estas últimas décadas que necesitan colecistectomía se calcula la realización de este procedimiento quirúrgico en su mayor parte colecistectomías con técnica laparoscópica de 700000 cada año haciendo 6.5 billones de dólares en costos en el sistema de salud. (6)

En el Perú, el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati en ciudad de Lima se realizó un estudio encontrando una prevalencia estimada del 10% colelitiasis pero esto varía a la ubicación geográfica; las complicaciones que se presentan son en un 30% colangitis y 11% pancreatitis, y presentando colecistitis asintomática el 14% de los casos siendo las más afectadas las personas de sexo femenino. (6)

Hoy en día gracias a los avances científicos en las ciencias de la salud se abordado con una nueva técnica quirúrgica como la cirugía laparoscópica

trayendo consigo ventajas: cirugía en menor tiempo, complicaciones mínimas con respecto a la herida operatoria abdominal, menos tiempo-costos de hospitalización, uso menor de medicamentos de analgesia. (7)

Hoy en día el procedimiento quirúrgico Gold estándar en tratamiento de litiasis vesicular es colecistectomía laparoscópica ya sea de forma electiva o de urgencia, esto no desliga que no vaya a ver riesgo en la cirugía y mucho mes complicaciones como infección en zona quirúrgica, hemorragia postoperatoria, fistula biliar, pancreatitis, hernia en la incisión y coledocolitiasis residual. (8)

La colecistectomía laparoscópica es efectiva y segura como tratamiento quirúrgico en colelitiasis, esta técnica al ser mínimamente invasiva menores a disminuido la importancia sobre profilaxis antibiótica. (9) Aun así la complicación más común es la infección de la zona operada debido a la colonización de las bacterias e inflamación de la herida por ende la profilaxis antibiótica se toma en consideración para evitar una infección en la colecistectomía electiva; aunque esto no se debe hacer costumbre debido a que se generan reacciones adversas creando resistencia y toxicidad, un gasto económico al centro de salud, por lo que se debe considerar su uso. (10)

En Perú, en el año 2017, EsSalud en guía práctica clínica sobre profilaxis antibiótica en caso que cirugías hace su recomendación en qué casos de colecistectomía laparoscópica se debe realizar como: derrame biliar colangiografía intraoperatoria, pancreatitis, conversión laparotomía, colecistectomía aguda, inmunosuprimidos e inserción de implantes en embarazadas; siendo la 1era elección cefazolina y 2da ampicilina con sulbactam. (11)

1.2. Trabajos previos

Antecedentes internacionales

Claros, en la Paz Bolivia en el año 2018, en el hospital obrero se realizó un estudio prospectivo cohorte titulado “Efectividad de la profilaxis antibiótica en pacientes con colecistitis aguda sometidos a colecistectomía laparoscópica”. (12) al evaluar 95 pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda donde el

promedio edad es 48 años, 70kg peso, 165cm de talla, 27.4 en IMC, siendo tiempo de la operación en promedio 50 min. Del grupo que recibió profilaxis antibiótica el 40% presento infección en zona operada y el 60% que no recibió profilaxis presento infección en zona operada su OR: 0.444 con IC: 95% (0.195-1,011) se concluye que la administración profiláctica de cefazolina no disminuye significativamente la infección de zona operada por colecistectomía con técnica de laparoscopia. (12)

Gil, en Venezuela en el año 2020, en establecimientos privados de Aragua se realizó un estudio comparativo observacional titulado "Uso de antibióticos profilácticos en pacientes sometidos a cirugías electivas limpias". (13) se analizaron a 49 participantes que recibirían cirugías electivas limpias como 57% colecistectomía con edad 37.7 más menos 12.17 en años, predominaron hombres en la muestra se concluyó que después 7-10 días de profilaxis antibiótica en cirugía laparoscópica no presentan complicaciones como infección en herida operatoria comparando con los que no se les administro profilaxis antibiótica en cirugías laparoscópicas, pero si aumentan el riesgo generar resistencia bacteriana y otros efectos adversos. (13)

Tsunematsu, en Tokio Japón en el año 2021, en hospital Kasai Shoikai se analizó desde julio 2019 a junio 2020 un estudio cohorte titulado "Viabilidad de la profilaxis con antibióticos orales en la colecistectomía laparoscópica electiva durante períodos de suministro limitado de cefazolina". (14) donde se incluyeron 60 pacientes que serán sometidos a colecistectomía laparoscópica electiva de los cuales 35 pacientes se les administro cefalexina oral y 25 pacientes se les administro cefazolina sódica intravenosa. Se concluyó la administración oral de Cefalexina puede ser una profilaxis antibiótica alternativa a cefazolina sódica intravenosa en colecistectomía laparoscópica ya que los resultados no indican diferencia significativas en infección zona operada p: 0.37, infección distante p: 0.23, costos médicos posoperatorios p: 0.11, náuseas y vómitos fue mayor en cefalexina oral con p: 0.04, pero con cefalexina oral al 1er día después operación el valor PCR fue menor $p < 0.01$. (14)

Yang, en Corea del Sur en el año 2021, en el hospital universitario nacional Jeonbuk en un estudio comparativo titulado “Estudio de control prospectivo de la eficacia clínica de los antibióticos profilácticos en la colecistectomía laparoscópica sobre la tasa de infección”. (15) Se incluyeron 529 pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica entre abril 2015-agosto 2017 donde se administró cefotetan 1g/dosis a 249 pacientes y a 260 pacientes no se le administro profilaxis antibiótica. Se concluye que los resultados no muestran diferencia significativa con pacientes que no recibieron profilaxis antibiótica en colecistectomía laparoscópica como recuento de leucocitos y VSG, solo se observó al 2do día postoperatorio de $16,6 \pm 24,2$ frente a $24,2 \pm 40,6$ con $p: 0.033$, Se produjo fiebre ≥ 38 en 2do día posoperatorio en 3 (1,2%) con profilaxis y 9 (3%) sin profilaxis y 2 pacientes sin profilaxis antibiótica del 3% tuvo drenaje de la herida serosa 14avo día postoperatorio; Por lo tanto, se considera que no es necesario utilizar profilaxis antibiótica en colecistectomía laparoscópica electiva en pacientes que cumplen con los criterios de inclusión (cálculos o pólipos de vesícula biliar diagnosticados en una clínica ambulatoria). (15)

Kim, Corea del Sur en el año 2017, en el Hospital Universitario Dong-A. Se realizó un ensayo clínico comparativo titulado “¿Son necesarios los antibióticos profilácticos en la colecistectomía laparoscópica electiva, independientemente del riesgo del paciente?”. (16) El ensayo fue aleatorio de 1000 pacientes se seleccionaron 100 pacientes que recibieron cefazolina 1gr intravenosa 30 min antes de la colecistectomía laparoscópica y 100 pacientes que no recibieron profilaxis antibiótica. Se concluyó que no había diferencia significativa o hallazgos diferente postoperatorios como ninguno de los grupos tuvo infección en zona quirúrgica superficial, solo se observó un desarrollo de 9 casos de seromas superficiales (4,5%) en la cohorte: 4 en el grupo con profilaxis (4%) y 5 en el grupo sin profilaxis (5%). Además, el grupo de alto riesgo (IMC: mayor igual, >70 años) no mostró una tasa diferencial significativamente mayor de infección en zona operatoria. Por lo tanto la profilaxis antibiótica no es necesarios en la colecistectomía laparoscópica electiva, independientemente del riesgo del paciente. (16)

Antecedentes Nacionales

Castillo, Lima Perú en el año 2017, en un estudio de revisión titulado “Eficacia de la profilaxis antibiótica en una colecistectomía laparoscópica”. (17) Se evaluaron 10 artículos concluyendo que realizar profilaxis antibiótica no previene eficazmente las infecciones al realizarse una colecistectomía laparoscópica debido a que refieren que es innecesario porque no previene las infecciones. (17)

Córdova, Lambayeque Perú en el año 2021, en el hospital provincial docente Belén se realizó un estudio descriptivo observacional titulado “Características del uso de antibiótico profilaxis en colecistectomías laparoscópicas electivas”. (18) se evaluó durante en año 2018 a 118 historias clínicas se concluyó que en 83 % fueron mujeres, el 71% entre 30-79 edad, 11,8% tiene HTA, el 72.9% recibió profilaxis antibiótica, 67% uso cefazolina, 22.1% dosis única endovenosa, 32.6% antes de anestesia, de los cuales 4.6% que recibió profilaxis antibiótica tuvo infección en zona operatoria comparado con 3,1% tuvo infección en zona operatoria que no recibió profilaxis antibiótica, esto puede deberse a que el 80.2% en este hospital no cumple el esquema profiláctico antibiótico en colecistectomía laparoscópica electiva según guía del Essalud, 2017. (18)

Montoya, Lima Perú en el año 2019, en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz se realizó un estudio Analítico-correlacional, cohorte titulado “Uso y no utilización de profilaxis antibiótica selectiva y riesgo de infección de sitio Operatorio en colecistectomía laparoscópica electiva”. (19) se evaluó a 120 pacientes a los que sí y no se les administro profilaxis antibiótica concluyendo que en dicho hospital no se maneja el protocolo en momentos específicos la profilaxis antibiótica si no se realiza rutinariamente aumentando el gasto hospitalario, gasto a los pacientes, y disminuyen la resistencia antibiótica en pacientes, así mismo se demostró que no contrajeron infección pacientes que no recibieron profilaxis antibiótica antes de la cirugía comparado con los que recibieron profilaxis 2%=2% que no recibieron profilaxis con $p>0,05$, demostrando que recibir profilaxis antibiótica no tiene benéfico significativamente en pacientes que se les hace colecistectomía laparoscópica de bajo riesgo. (19)

1.3. Teorías relacionadas al tema

Colecistectomías Laparoscópicas

La colecistectomía laparoscópica es la técnica gold standard internacional en el tratamiento de la colelitiasis, (20) consiste insertando una cámara de video e instrumental quirúrgico a través de 1 a más pequeñas incisiones para ver dentro de tu abdomen y extirpar la vesícula biliar. (21)

Indicaciones para Colecistectomías Laparoscópicas

Se debe realizar en casos litiasis biliar sintomática y con complicaciones, pólipos vesiculares, vesícula en porcelana, colelitiasis en niños, litiasis >2o3cm, niños con colelitiasis, previa a cirugía de trasplante o cardiaca y también cuando estas atendiendo una cirugía y evidencias colelitiasis. (22)

Contraindicaciones para Colecistectomías Laparoscópicas (22)

- Lesiones miocárdicas recientes
- Riesgo anestésico
- Alteraciones de la coagulación
- No cuenta con instrumental laparoscópicos y cirujanos capacitados,
- Síndrome de Mirizzi
- Embarazo
- Sospecha de malignidad
- Litiasis de la vía biliar principal
- Cirrosis hepática por el alto riesgo de hemorragia.

Ventajas de la colecistectomía laparoscópica

Es el tratamiento de elección Gold estándar para enfermedades árbol biliar y vesicular siendo la más realizada en el mundo, se demostrado un porcentaje alto de baja morbilidad en infinidad de estudios con estadía menor en hospitales, recuperación más rápida y reduciendo los costos. (21)

Desventajas de la colecistectomía laparoscópica

Las complicaciones son menores que colecistectomía abierta, las complicaciones mayormente en colecistectomía laparoscópica son iatrogénicas por lesión de la vía biliar y otras complicaciones son por alteraciones anatómicas, adherencia, y abundante tejido adiposo. (21)

Colecistectomías Laparoscópicas Electiva

La colecistectomía laparoscópica (CL) cuando hace su presentación hace 30 años, en cirugías digestivas es la que se realiza mayormente imponiéndose como el tratamiento Gold estándar de la litiasis de vesícula, siendo la cirugía del tracto digestivo que se practica con mayor frecuencia. (23)

Al hablar Colecistectomías Laparoscópicas Electiva se refiere a una cirugía segura realizada más frecuente en programas de cirugía en el mundo. (24)

El colegio americano de cirugía promueve el programa de Colecistectomías Laparoscópicas Electiva o segura con la finalidad identificar factores de riesgo así reducir complicaciones postoperatorias. Este programa cuenta integralmente de 8 áreas: Control glicémico, nutrición, suspensión del tabaco, manejo de medicamentos, manejo seguro y efectivo del dolor postquirúrgico, rehabilitación, Medidas anti-delirium, educación para el paciente. (25)

Complicaciones Colecistectomías Laparoscópicas

a. Complicaciones durante la Colecistectomías Laparoscópicas (26)

Toda cirugía durante la operación no está ausente las complicaciones como:

- 0,8% Sangrado de la arteria cística o lecho de la vesícula
- 0,4% Perforación intestinal
- 0,3% Sangrado
- 0,32% Lesión de vasos por trocar o aguja de Veress
- 0,16% Lesiones del conducto biliar
- 0.08% Fístula biliar

a. Complicaciones postoperatorias (26, 27)

- **Complicaciones postoperatorias inmediatas**
 - Hemorragias
 - Absceso sub-frénico y absceso sub-hepático
 - Fístula Biliar
 - Pancreatitis
 - Peritonitis Biliar
- **Complicaciones postoperatorias tardías**
 - Estenosis biliar
 - Colostasis
 - Ictericia
 - Pancreatitis:
 - Colangitis
 - Coledocolitiasis
 - Infección en zona quirúrgico

Infección en zona operatoria (28)

La infección en la zona donde se le realizó la cirugía se define cuando las bacterias se implantan en todo el trayecto de la herida donde se le realizó el proceso quirúrgico, en un plazo dentro de los primeros 30 días posteriores a la cirugía, demostrándose con la salida de materia purulenta a través de la incisión o de los canales, comprobándose o no mediante laboratorio de microbiología con al menos 1 de los siguientes síntomas o signos:

- Edema localizado
- Dolor o sensibilidad
- Calentura o calor
- Enrojecimiento de la herida

Infección en zona operatoria se clasificó: (28)

- **Infección en la incisión superficial:** comprende piel o también tejido celular subcutáneo.

- **Infección en la incisión profunda:** comprende la fascia y también las capas musculares.
- **Infección del espacio del sitio operatorio u órgano:** comprende todo sitio anatómico relacionado con la cirugía.

Infección en zona operatoria Colectomías Laparoscópicas (29)

La infección en la zona operada son del 2-30% la complicación muy común en Colectomías Laparoscópicas, y de la mayor parte que presenta infección en zona operatoria el 60% pacientes tiene riesgo de ingresar a unidad de cuidados intensivos, aumenta 5 veces de reingreso al hospital, 2 veces más riesgo de morir que un paciente sin presentar infección en zona operada.

Demostrándose en varios estudios que determina que aumentan la estadía en el hospital así elevando sus costos hospitalarios y del paciente presentar infección en zona operatoria.

Profilaxis Antibiótica

Profilaxis antibiótica su definición es usar antibióticos previos, durante y/o después de la intervención quirúrgica con la finalidad prevenir mayor numero complicaciones de origen infeccioso. (11)

La profilaxis antibiótica en cirugía nace con la finalidad de prevenir el riesgo de aparición de infección en zona operatoria, para que en concentraciones de antibiótico eviten el crecimiento y aumento de bacterias en la herida operatoria, aunque el uso es inadecuado mayormente aumentan el riesgo de resistencia bacteria, toxicidad, infección. (30)

Para ello debido a la resistencia bacteriana n avances quirúrgicos se orienta a una constante revisión para la correcta profilaxis antibiótica. (30)

Profilaxis antibiótica en Colectomías Laparoscópicas

Según SADI el fármaco de elección se recomienda en Colectomías son:

- 1era elección:

- Cefazolina:
- 2da alternativa:
 - Ampicilina:
 - sulbactam + aminoglucósido o quinolonas
- 3era alérgico a beta lactánticos:
 - Clindamicina + gentamicina o ciprofloxacina
 - vancomicina + gentamicina o ciprofloxacina

Según la ASHP la actual dosis de cefazolina que se recomienda es 2gr para evitar los niveles según el grado del sobrepeso, y algunos pacientes no saben su peso actual. Se recomienda 1gr de cefazolina cuando el paciente pesa <80 kilogramos, pero se recomienda 3gr cuando el paciente pesa ≥ 120 kilogramos. La vida media es aproximadamente de 2 hora por consiguiente el refuerzo de dosis de cefazolina se debe realizar a las 4 horas; y está contraindicado la infusión continua de cefazolina. (30)

En Perú, EsSalud en el 2017 según la Guía de Práctica Clínica para la profilaxis utilizando antibióticos en cirugías, no se recomienda profilaxis antibiótica en pacientes sometidos a cirugía de riesgo alto como: pancreatitis, derrame biliar, colecistitis aguda, colangiografía intraoperatoria, ictericia, conversión a laparotomía, inmunosupresión y embarazo.

1.4. Formulación del problema

¿Cuáles son las características de antibioticoprofilaxis en colelap electivas Hospital Sergio Bernal 2018-2019?

1.5. Justificación

Una de las patologías más frecuentes de resolución quirúrgica es la colecistectomía laparoscópica, que de manera usual se da programada.

Existen varios esquemas de tratamiento profiláctico incluyendo algunos el no dejar nada. Pues al tratarse de incisiones mínimas muchos cirujanos no dan tratamiento.

El presente trabajo probara dos esquemas de tratamiento para observar cual es la mejor respuesta de los pacientes.

1.6. Objetivos

Objetivo principal

Conocer las características del uso de antibiótico profilaxis en colecistectomías laparoscópicas electivas Hospital Sergio Bernal durante el 2018-2019.

Objetivos específicos

- Identificar los antibióticos usados en la profilaxis de colecistectomías laparoscópicas electivas.
- Describir la posología en la profilaxis de colecistectomías laparoscópicas electivas.
- Determinar la frecuencia de colecistectomías laparoscópicas electivas y el uso de antibioticoprofilaxis según la edad, sexo, comorbilidad, tiempo postoperatorio y estancia postoperatoria.

- Establecer la frecuencia de infecciones de sitio operatorio en los pacientes que reciben antibioticoprofilaxis en colecistectomías laparoscópicas electivas

II. MÉTODOS

2.1. Diseño de estudio de investigación

Investigación descriptiva, retrospectiva, transversal y observacional.

2.2. Variables operacionalización

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	CRITERIOS DE MEDIDA	ESCALA DE MEDICIÓN
ANTIBIOTICOPROFILAXIS EN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	CLÍNICA	1. IDENTIFICAR ANTIBIÓTICO USADO	1. OBSERVACIÓN DE ANTIBIÓTICO USADO	NOMINAL POLITÓMICA
		2. DOSIS DE ANTIBIÓTICO	2. MG/KG. DOSIS TOTAL	NUMÉRICA CONTINUA
		3. INTERVALO DEL USO DEL ANTIBIÓTICO	3. HORAS (TIEMPO) DE ADMINISTRACIÓN	NUMÉRICA CONTINUA
		4. DURACIÓN DE LA ANTIBIOTICOPROFILAXIS	4. TOTAL DE DÍAS DE LA ANTIBIOTICOPROFILAXIS	NUMÉRICA CONTINUA
		5. INICIO DE ADMINISTRACIÓN DEL ANTIBIÓTICO	5. -EN SERVICIO INMEDIATAMENTE ANTES DE PASAR A SALA: (APROX 30 MIN ANTES) -ANTES DE INDUCCIÓN ANESTÉSICA: -DESPUÉS DE LA INDUCCIÓN ANESTÉSICA:	NOMINAL POLITÓMICA
		6. INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA	6.-INFECCIÓN HERIDA OPERATORIA: - PRESENCIA () - AUSENCIA ()	NOMINAL DICOTÓMICA
		7. DURACIÓN DE LA CIRUGIA	HORAS Y MINUTOS	NUMÉRICA CONTINUA
		8. ESTANCIA POSHOSPITALARIA	DÍAS	NUMÉRICA CONTINUA

2.3. Población y Muestra

La población estuvo conformada por todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente por colecistectomía laparoscópica en el Hospital Sergio Bernal en el año 2018 desde enero a diciembre 2019 enero a marzo. Seleccionando a 172 pacientes en base a los siguientes criterios tanto de inclusión como de exclusión:

Criterios de Inclusión:

- ✓ A quienes se les realice colecistectomías laparoscópicas electiva con o sin colangiografía intraoperatoria por colecistitis crónica.
- ✓ De 18 a 79 años.

Criterios de Exclusión:

- ✓ A los que, en un mismo acto quirúrgico, fueron sometidos a otro procedimiento ajeno y/o complementario a la colecistectomía.
- ✓ Con patología biliar aguda: colecistitis aguda, colangitis
- ✓ Con neoplasia de vía biliar
- ✓ Que tuvieron alguna coagulopatía u otra enfermedad hematológica.
- ✓ Tanto historias clínicas como informes operatorios que no tengan datos legibles o no estén completos
- ✓ Conversión de colecistectomía laparoscópica electiva a colecistectomías abiertas.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Materiales

- ✓ Historias clínicas de pacientes post-operados en el HNSEB del año 2018.
- ✓ Libro de Reporte Operatorio.
- ✓ Fichas de informe de anestesiología.
- ✓ Fichas para recolección de datos.

Técnica

- ✓ Observación de historia clínicas

Instrumento:

- ✓ Ficha de recolección de Datos

Procedimiento:

- ✓ Se envió la solicitud a la oficina de estadística del Hospital. Contando con la autorización se identificaron los números de historias clínicas de los pacientes intervenidos por colecistectomía laparoscópica durante el periodo de estudio.
- ✓ Se coordinó con el jefe del Departamento de Cirugía y la autorización de la Oficina de Apoyo a la docencia e investigación.
- ✓ Se realizó la tarea de recolección de datos en horarios establecidos por la institución.

2.5. Método de análisis

Los datos recolectados de las historias fueron pasados a una base de datos en Excel y analizados en el programa SPSS versión 25.0. Las variables continuas se evaluaron usando el Test de Student y las cualitativas con el Chi Cuadrado (Test de Fisher), con margen de error del 5% ($p < 0.05$ como significativo)

2.6. Aspectos éticos

El estudio se realizó teniendo en cuenta los principios éticos, puesto que se trata de un estudio retrospectivo, no requirió evaluación del comité de ética

III. RESULTADOS

Tabla 01

	no profilaxis		Cefazolina		Ceftriaxona		Total		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Edad									
18-29 años	36	42%	30	35%	66	38%	132	38%	0.00
30-79 años	50	58%	56	65%	106	62%	212	62%	
Sexo			86		172				
Femenino	76	88%	74	86%	150	87%	300	87%	0.00
Masculino	10	12%	12	14%	22	13%	44	13%	
comorbilidades									
No	2	2%	0	0	2	1%	4	1%	0.00
hta	16	19%	16	19%	32	19%	64	19%	
dm	58	67%	20	23%	78	45%	156	45%	
hta+dm	10	12%	50	58%	60	35%	120	35%	

En la tabla 1 se especifica las edades con respecto al uso de antibiótico terapia en pacientes sometidos a nivel de colecistectomía laparoscópica selectivas en dónde se establece que los pacientes condiciono a 29 años de edad presentan profilaxis antibiótica en el 35% para el caso de la cefazolina y 38% del caso de la ceftriaxona haciendo un conjunto de pacientes que no presentaron profilaxis en el 42% para los casos de 3079 años no se dio la protección antibiótica en el 58% sin embargo para el uso de cefazolina y ceftriaxona estuvo presente en el 65 y 62 porcientos respectivamente ambas variables están relacionadas entre sí.

Con respecto al sexo establecemos que el 88% de los mujeres no presentó profilaxis al igual que el 12% de los varones. Con respecto a la protección con cefazolina el 86% de los valores de los mujeres presentan cobertura en el caso de los varones el 14% seda asimismo las coberturas cosas personas se dan en

87% para mujeres y 13% para varones teniendo en cuenta que las féminas fueron los pacientes más frecuentes con el 87% y las varones con 13%.

Asimismo, las comorbilidades que se presentan son hipertensión arterial en el 19% diabetes mellitus en el 45% y las dos juntas en el 35% de ellos se dio una protección con cefazolina para hipertensos con el 19% tanto para las personas como cefazolina en el caso de los diabéticos se ve una protección de 23 y 45% Cefazolina y Ceftriaxona y para los que tuvieron las dos enfermedades con 58 y 35% respectivamente.

Tabla 02

	no profilaxis		Cefazolina		Ceftriaxona		Total		p
tiempo operatorio									
<1 hora	37	43%	26	30%	63	37%	126	37%	0.00
>= 1 hora	49	57%	60	70%	109	63%	218	63%	
estancia hospitalaria									
5-6 días	4	5%	6	7%	10	6%	20	6%	0.00
3-4 días	21	24%	57	66%	78	45%	156	45%	
0-2 días	61	71%	23	27%	84	49%	168	49%	

Respecto al tiempo operatorio cuando esté se dio en menos de una hora el 43% no recibió antibiótico y cuándo fue mayor a una hora el 57% no presentó dosis de antibióticos sin embargo en aquellos que se prolongaron por más de una hora en el 70% recibieron cefazolina y con el menos de una hora 30% para el caso de las personas los que tuvieron más de una hora de tiempo operatorio recibieron en el 63% de los casos y con menos de una hora recibieron 37% ambas variables están relacionadas entre sí con respecto a la prueba estadística de chi cuadrado de Pearson.

Por otro lado aquellos estancias hospitalarias de 5-6 días estuvieron en el 6% con estancias hospitalarias de tres a cuatro días estuvieron en el 45% y aquellos que tuvieron estancia hospitalaria de 0-2 días estuvieron en el 49% de ellos establece que es cefazolina se dio principalmente cuando la estancia hospitalaria fue de tres a cuatro días en el 66% y para el caso de los pacientes que tuvieron de 0-2 días preferentemente se administró ceftriaxona en el 49% y cefazolina en el 27% de los casos estableciéndose una relación estadística entre ambas variables.

Tabla 03

	no profilaxis		Cefazolina		Ceftriaxona		Total		p
dosis									
1gr	0	0%	36	42%	36	21%	72	21%	0.00
2gr	0	0%	50	58%	50	29%	100	29%	
Intervalo									
c24h	0	0%	10	12%	39	23%	49	14%	0.00
c/12h	0	0%	47	55%	47	27%	94	27%	
c/8h	0	0%	29	34%	0	0%	29	8%	
momento de profilaxis									
60 min antes	0	0%	28	33%	28	16%	56	16%	0.00
antes de la inducción	0	0%	36	42%	36	21%	72	21%	
después de la inducción	0	0%	22	26%	22	13%	44	13%	
Infección del sitio operatorio									
no	39	45%	65	76%	104	60%	208	60%	0.00
si	47	55%	21	24%	68	40%	136	40%	
Total General	86	100%	86	100%	172	100%	344	100%	

Por otro lado, con respecto a la dosis está se presentó de un gramo para cefazolina en el 42% y 21% para el caso de esta zona y de 2 gramos para el 58% de la cefazolina y 29% para la ceftriaxona estableciéndose que la dosis de 2 g se presentó en un global de 29% y la dosis de un gramo se dio en el 21%.

Por otro lado, las dosis se establecieron cada 24 horas para hacer gasolina en el 12% cada 12 horas en el 55% y cada 8 horas en el 34% por otro lado los que consumieron ceftriaxona el 23% se dio cada 24 horas se dio cada 12 horas en el 27% y se dio cada 8 horas en 0% de los casos. Estadísticamente están relacionados entre sí.

En el caso del momento de la profilaxis está se dio 60 minutos antes del procedimiento quirúrgico para cefazolina en 33% antes de la inducción anestésica en el 42% y después de la inducción anestésica en el 26% para el caso de las estrías zona se dio 60 minutos antes en el 16% 21% se dio antes de la inducción anestésica y 13% se dio después de la inducción anestésica estableciéndose una relación estadística entre ellos.

En el caso de aquellos que no recibieron profilaxis antibiótica el 45% no realizó una infección y 55% si realizó una infección en el caso en que no se dejó antibiótico sin embargo, no realizaron infecciones en el 76% de los casos para que el que recibieron cefazolina y 24% si realizaron infección del sitio operatorio finalmente con respecto a las ceftriaxona no realizaron infección de sitio operatorio en el 60% de los casos y 40% si realizó infección teniendo en consideración de que el 60% de los mismos no presentaron infecciones y el 40% si lo presento. Ambas variables están relacionadas entre sí.

IV. DISCUSIÓN

Las características de los usos de antibióticos en colecistectomía laparoscópica selectivas es un problema quirúrgico que lleva bastante controversia con respecto a su uso a nivel internacional y en América latina en ese sentido dentro del conjunto de trabajo de investigación dentro de antecedentes internacionales tenemos que el autor claro a nivel de la Paz Bolivia en el año 2018 establece la efectividad de esta profilaxis en ese tipo de pacientes que presentaban colecistitis aguda y que fueron sometidos a procedimientos quirúrgicos laparoscópicos donde establece que el 40% no presentó infección en la zona operatoria y 60% no recibió profilaxis antibiótica mostrando un no riesgo de infección sin embargo al establecer los datos estadísticos evaluados nosotros establecemos que con respecto a las personas que no recibieron profilaxis estos representan un total de 86 pacientes y que representa el 25% de la muestra sin embargo hay que tener en cuenta que los pacientes que recibieron cefazolina ese selecciona representan un grupo mayoritario de personas en el 25% cefazolina y 50% ceftriaxona respectivamente por ello se tiene que existe una relación estadística entre ambas variables es decir entre los pacientes que no presentaron profilaxis y que no desarrollaron infección

Por otro lado dentro de las perspectiva venezolana en el trabajo de Gil en el año 2020 sobre el uso de antibióticos de manera profiláctica en pacientes sometidos a cirugías electivas limpias establecieron de que la edad aproximada era de 37 años con intervalo de más o menos 12 años en la desviación estándar, en ese sentido con la cantidad de años principalmente los pacientes que se operaron fueron de 30 a 79 años en el 62% y si 8 a 29 años en el 38% por lo cual, el promedio de edad está en el período adulto como en el nuestro

sin embargo, el tiempo de profilaxis antibiótica no presenta complicaciones de infección de herida operatoria sin embargo, en aquellos que no recibieron tratamiento antibiótico esto se presentaron como complicación en el 55% de las infecciones de sitio operatorio por lo tanto, hay que tener en cuenta que está prevención si tiene relación estadística con respecto al uso de fármacos antibióticos.

Asimismo, en un trabajo japonés Tsunematsu establece sobre la viabilidad de la profilaxis antibiótica con atención a la cefazolina teniendo en cuenta que en un grupo poblacional pequeño se administra por vía oral a 35 pacientes y a 25 pacientes por vía endovenosa. Teniendo en consideración que la estadística establece una no relación entre la infección de sitio operatorio y el consumo de antibióticos sin embargo, en nuestra investigación, se establece que existe relación entre el no uso de antibióticos y la infección de sitio operatorio la cual es significativa ante las pruebas no paramétricas y con respecto a la cefazolina hicieron infección operatoria solamente el 24% de las mismas y sin embargo la mayor parte en el 76% no presentaron infección del sitio operatorio siendo establecido por el consumo de cefazolina y en el otro extremo con respecto al consumo de ceftriaxona este se dio en 40% en la infección y 60% no realizó infección del sitio operatorio por lo que revela que la cefazolina sería superior con respecto al mejor control de la infección del sitio operatorio.

Yang en un trabajo a nivel de Corea del Sur establece el uso prospectivo de antibióticos profilácticos para pacientes que están sometidos a cirugía laparoscópica para las colecistectomías encontrando que se deben incluir estos pacientes son grupo muestral grande observando de que el promedio en los días posoperatorios se eleva la cantidad de leucocitos y también de la vsg sin

embargo, con respecto a los días de postoperatorio y de estancia hospitalaria principalmente los pacientes se encontraron de tres a cuatro días en el período hospitalario en el 45% de los casos y de 5-6 días en el 6% finalmente aquellos que presentarán de 0-2 días en el 49% de los casos. Lo que establece de manera promedio un mayor tiempo de hospitalización para aquellos pacientes que no estuvieron con terapia antibiótica profiláctica.

Kin en un trabajo de Corea del Sur en el año 2017 establecieron que de los pacientes que utilizaron cefazolina de un gramo endovenoso y se realizaron cirugía laparoscópica de la vesícula hicieron complicaciones de infecciones operatoria en el 4.5% lo cual es un valor inferior a lo encontrado por nosotros en donde los pacientes que recibieron cefazolina presentaron un 24% de infección operatoria y los que se recibieron ceftriazona están presentes en el 40% de los casos, por lo que, los trabajos que se realizaron con quién establece menores indicadores de infección sin embargo, también se evaluaron otras condiciones como los índices de masa corporal, los cuales no tuvieron una significación asintónica para las complicaciones infecciosas.

Por otro lado, Castillo en el año 2017 evaluar la eficacia de la profilaxis antibiótica en colecistectomías laparoscópicas donde se evaluaron a través de una revisión documental los artículos donde establecen que no previene eficazmente las infecciones en ese sentido las infecciones no se dieron con terapia antibiótica entre el 60 a 76% de los casos por la que contradice este postulado realizado por Castillo en dónde nos se observa infección del sitio operatorio.

Asimismo Córdova en un trabajo en el norte del Perú evalúa las características del uso de profilaxis antibiótica hacen colecistectomías estableciéndose que principalmente grupo estaba formado por mujeres de 30 a 71 años de edad y en comparación con nuestro estudio observamos principalmente que las cirugías se presentaron con profilaxis antibiótica en el sexo femenino en el 87% y en el sexo masculino en el 13% de los cuales no se utilizó antibióticos en el 88% de los mujeres y 12% de los varones por otro lado, con respecto a la edad este oscila de los 30-79 años en el 62% de los casos, siendo similares grupos con respecto a la edad siendo coincidente ambos trabajos.

Montoya realiza una investigación a nivel de la capital del Perú en dónde establece el uso de profilaxis antibiótica selectiva y el riesgo de infección del sitio operatorio en laparoscopia selectivas por colecistectomías donde observaron que la profilaxis antibiótica estuvo en el 2% con complicaciones de la herida operatoria sin embargo, nosotros observamos que estos pacientes hicieron infección del sitio operatorio estuvieron presentes en el 55% de los casos y no hubo infección operatoria para aquellos que no tomaron antibióticos en el 45% sin embargo, los pacientes que se sometieron a antibióticos como cefazolina presentaron una infección del sitio operatorio solamente en el 24% y en los casos de los que recibieron ceftriaxona solamente se complicaron con infección en el 40% de la herida operatoria.

V. CONCLUSIONES

- Las características del uso de antibiótico profilaxis en colecistectomía laparoscópica se efectivas en el nosocomio establecen que se dieron en el 75% de los casos siendo principalmente dosis que varía cada 12 horas con 2 gramos de aplicación y principalmente 60 minutos antes del procedimiento quirúrgico.
- Los antibióticos más utilizados fueron las la cefazolina y ceftriaxona en el 25% y 50% respectivamente.
- La frecuencia de colecistectomías y uso de antibiótico terapia de acuerdo a la edad establece que principalmente los pacientes son de 30 a 79 años en el 62% con respecto al sexo se establece que las cirugías que recibieron profilaxis están presentes mayoritariamente en pacientes de sexo femenino con comorbilidades de hipertensión y diabetes mellitus principalmente con un tiempo operatorio mayor de una hora y con estancias hospitalarias de 0-2 días en promedio.
- Las infecciones de sitio operatorio en pacientes que reciben antibioticoterapia se presentan en el 24% a nivel de cefazolina y 40% a nivel de ceftriaxona.

VI. RECOMENDACIONES

- Se debe realizar mayores estudios que abarquen una población más homogénea con respecto a los procedimientos quirúrgicos laparoscópicos por colecistectomía teniendo en consideración criterios clínicos y laboratoriales que mejoren las condiciones y justifiquen el uso de antibiótico terapia.
- Se observa que se debe realizar seguimiento de los pacientes y de las heridas postoperatorias por lo largo de una a 2 semanas después de la alta para establecer las condiciones de infección o las complicaciones de las heridas postoperatorias laparoscópicas.
- Debe informar al jefe de piso del hospital para que reciba los resultados de la investigación teniendo en cuenta el uso profiláctico de cefazolina y ceftriaxona teniendo en consideración la homologación de protocolos que puedan replicar a través de todos los cirujanos de su servicio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jiron J, Caceres G. National institutes of health consensus development conference statement on gallstones and laparoscopic cholecystectomy. *J Am Surg.* 2015 Ago; 165(4): 390-398.
2. European Association for the Study of the Liver (EASL). Guías de Práctica Clínica de la EASL sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de la litiasis biliar. *J Hepatol.* 2016 Jul;65(1):146-181.
3. Figueiredo JC, Haiman C, Porcel J, Buxbaum J, Stram D, Tambe N, Cozen W, Wilkens L, Le Marchand L, Setiawan VW. Sex and ethnic/racial-specific risk factors for gallbladder disease. *BMC Gastroenterol.* 2017
4. Machain-Vega G., Wataru-Yamanaka, Gilberto-López. Prevalencia de Litiasis Biliar en personas concurrentes al Hospital de Clínicas. Univ. Marcelo González Miltos. *Cir. Parag.* Vol. 41; N° 2. Paraguay; 2017.
5. Enríquez-Sánchez LB., García-Salas JD., Carrillo-Gorena J. Colecistitis crónica y aguda, revisión y situación actual en nuestro entorno. *Cir. gen* vol.40 no.3. México; 2018.
6. IETSI. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y manejo de la Colelitiasis, Colecistitis aguda y Coledocolitiasis. GPC N°11. Perú, 2018.
7. García Ruiz A, Gutiérrez Rodríguez L, Cueto García J. Evolución histórica de la cirugía laparoscópica. *Rev. Mex. Cir. Endoscópica.* México; 2016;17 (2):93-106.
8. Díaz-Garza JH., Aguirre-Olmedo I., García-González R.I., Castillo-Castañeda A. Complicaciones asociadas a colecistectomía laparoscópica electiva. *Rev Sal Jal.* México; 2018
9. Massoumi RL, Trevino CM, Webb TP. Postoperative complications of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: A comparison to the ACS-NSQIP risk calculator and the tokyo guidelines. *World J Surg.* 2016.
10. Gulaya K, Desai SS, Sato K. Percutaneous Cholecystectomy: Evidence-Based current clinical practice. *Seminars in interventional Radiolog* 2016;33:291-6
11. IETSI. Guía de Práctica Clínica para la Profilaxis Antibiótica en Procedimientos Quirúrgicos. Guía en Versión Corta. GPC N°5. Perú; 2017.

12. Claros-Beltrán N., Pinilla R., Rojas D., Vega A. Efectividad de la profilaxis antibiótica en pacientes con colecistitis aguda sometidos a colecistectomía laparoscópica. Rev. Cuad. Núm. Esp. (1), La Paz; Bolivia; 2018.
13. Gil A., Contreras L., Contreras M. Uso de antibióticos profilácticos en pacientes sometidos a cirugías electivas limpias. Estudio prospectivo comparativo. Revista venezolana de cirugía. Venezuela; 2020. 72(2), 42-46.
14. Tsunematsu M, Nakashima S, Ishiyama S. Viabilidad de la profilaxis con antibióticos orales en la colecistectomía laparoscópica electiva durante períodos de suministro limitado de cefazolina. Asian J Endosc Surg. Asia; 2021.
15. Yang JD, Yu HC. Prospective Control Study of Clinical Effectiveness of Prophylactic Antibiotics in Laparoscopic Cholecystectomy on Infection Rate. Yonsei Med J. 2021
16. Kim HJ, Kang SH, Roh YH, Kim MC, Kim KW. Are prophylactic antibiotics necessary in elective laparoscopic cholecystectomy, regardless of patient risk? Ann Surg Treat Res. 2017
17. Castillo-Mancilla JE., Herrera-Vicente C. Eficacia de la profilaxis antibiótica en una colecistectomía laparoscópica. Tesis para optar el título de especialista en el cuidado enfermero en paciente clínico quirúrgico. Universidad Privada Norbert Wiener. Lima, Perú; 2017
18. Córdova-Chapoñán SB., Puicón-Farro MG. Características del uso de antibioticoprofilaxis en colecistectomías laparoscópicas electivas Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque durante el 2018. Tesis para optar el Título de Médico Cirujano. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Lambayeque, Perú; 2021.
19. Montoya, L. Uso y no utilización de profilaxis antibiótica selectiva y riesgo de infección de sitio operatorio en colecistectomía laparoscópica electiva Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2020. Tesis para optar el título de segunda especialidad en cirugía general. Universidad de San Martín de Porres; Lima, Perú; 2019.
20. Aliaga-Sánchez S. Experiencia en Colecistectomía Laparoscópica Subtotal Fenestrada para Colecistectomía Difícil: No Lesionar la Vía Biliar. Revista SPCE. Perú; 2020.
21. Cameron J. Current Surgical Therapy. Elseiver. Philadelphia; 2020

22. Alarcón-Guambo J., Angamarca-Núñez T. Prevalencia y principales complicaciones de colecistectomías laparoscópicas. Tesis para optar el Título de Médico Cirujano. Universidad Nacional de Chimborazo. Riobamba, Ecuador; 2019
23. Sanford D. An Update on Technical Aspects of Cholecystectomy. *Surg Clin North Am* 2019; 99(2):245-58.
24. Bonilla F, Almada M, Canessa C. Cirugía del día: colecistectomía laparoscópica. ¿Es factible en nuestro medio? *Rev Méd Urug* 2016; 32(4):274-80.
25. Chama-Naranjo A., Farell J., Cuevas V. Colecistectomía segura: ¿Qué es y cómo hacerla? ¿Cómo lo hacemos nosotros? *Rev. Colomb Cir. México*; 2021
26. Aldana G. Factores predictores perioperatorios de complicaciones de la colecistectomía por laparoscopia. *Rev. Colombiana de Cirugía. Colombia*; 2018. 162-172.
27. Salabert A, Salabert-Tortoló I, Medina-Tápanes E, Príncipe JC, Serrano RN, González AI. Pancreatitis aguda, ¿es un problema de salud evitable o no? *Rev Méd Electrón. Cuba*; 2018.
28. Flores- Garcia J. Factores asociados a complicaciones postoperatorias de colecistectomía, en el Hospital MINSA II - 2 Tarapoto, en el periodo enero – diciembre 2019. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Universidad nacional de San Martín – Tarapoto. Tarapoto, Perú; 2020
29. Fernández-Cauti L. Factores asociados a complicaciones post colecistectomía laparoscópica en pacientes con patología biliar en el hospital de vitarte en el periodo 2014-2017. Tesis para optar al título profesional de médico cirujano. Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú; 2018.
30. Clara L, Angeleri P, Blugerman G. Guía de profilaxis antibiótica quirúrgica. SADI. Argentina; 2017.

ANEXO1 :

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**CARACTERÍSTICAS DEL USO DE ANTIBIOTICOPROFILAXIS EN
COLECISTECTOMÍAS LAPAROSCÓPICAS ELECTIVAS. HOSPITAL
SERGIO BERNAL.2018-2019**

OBJETIVO: Conocer las características del uso de antibioticoprofilaxis en colecistectomías laparoscópicas electivas Hospital Sergio Bernal durante el 2018-2019.

A. DATOS PERSONALES

Número de Historia Clínica:		Edad: años	
Sexo:	Femenin o	Masculino	
Procedencia :	Urbana	Rural	
Peso:	Kg	Días de Hospitalización	
Fecha de Hospitalización:		Fecha de Alta Hospitalaria:	
Comorbilida d			
Hipertensión Arterial		Diabetes	
Insuficiencia Renal		Hepatopatí a	
Corticoterapia		Otros:	

B. DATOS DE LA CIRUGIA

Fecha de Cirugía:		Hora de Inicio de Cirugía:						
Hora de Término de Cirugía:		Tiempo Operatorio:						
Diagnóstico Preoperatorio:								
Diagnóstico Postoperatorio:								
Tipo de Herida								
Limpia			Limpia- Contaminada					
Contaminada			Sucia					
Infección de Sitio Operatorio (ISO):		Sí			No			
Fecha de Inicio de Infección		Día Post Operatorio						
		1	2	3	7	15	21	30