



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-289 - ¿DEBEMOS CONTINUAR CON PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA PROGRAMADA?

*Turiño Luque, Jesús; Rivas Becerra, José; Neuhaus Nevado, Anne; Rodríguez Silva, Cristina; Cabello Burgos, Antonio; Bayón Muñiz, Antonio; Martínez Ferriz, Abelardo; Santoyo Santoyo, Julio*

*Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.*

### Resumen

**Introducción:** En los inicios de los años noventa, la colecistectomía laparoscópica (CL), se había impuesto a la cirugía abierta, estableciéndose como el estándar de referencia en el tratamiento de la litiasis sintomática. Sin embargo, la indicación de PA como norma en la cirugía abierta, ha sido motivo de controversia con el advenimiento de la CL, en especial de la colecistectomía laparoscópica electiva (CLE). Si bien es cierto que existen artículos que apoyan el no uso de PA durante la CLE debido a que la prevalencia de infección del sitio quirúrgico es menor al 1%, la costumbre de utilizar profilaxis antibiótica está aún arraigada en muchos cirujanos, incluso como parte de protocolos de servicio.

**Objetivos:** Conocer el manejo de la profilaxis antibiótica en la colecistectomía laparoscópica y sus complicaciones.

**Métodos:** Estudio prospectivo de los pacientes intervenidos con diagnóstico de colelitiasis desde enero de 2015 a diciembre de 2018. Se registraron datos: epidemiológicos, régimen, profilaxis antibiótica, complicaciones postoperatorias urgencias, necesidad de ingreso/reintervención.

**Resultados:** Se intervinieron 588 pacientes, el 76,7% (n = 451) en régimen CMA. El 48,5% (n = 285) recibieron profilaxis antibiótica frente al 40,1% que no (n = 236). El tipo de antibiótico administrado fue amoxicilina-ácido clavulánico 23,2% (n = 66) seguido de cefalozina 5,3% (n = 15), no reflejándose el antibiótico en 69,7% (n = 198). Al comparar grupos, la profilaxis se administró a pacientes de ingreso 67,3% frente a 51% (p = 0,002). La media de edad grupo profilaxis fue 60,08 años frente a 48,39 que no la recibieron (p < 0,0001); los pacientes ASA III recibieron antibioterapia 88,9% frente a 11,1% que no (p < 0,0001); no hubo diferencias por IMC (sí 27,47 frente a no 27,18; p = 0,51). La duración media del ingreso 0,87 días para los que recibieron profilaxis frente a 0,44 días en los que no (p < 0,0001). Revisión en consulta 44 pacientes (7,49%) presentaron algún tipo de complicación presentando 9 infección de herida (19,6%) y 4 colección en lecho (8,7%); 7 de estos pacientes recibieron profilaxis (63,6%) frente a 4 (36,4%) que no lo hicieron (p = 0,484). 68 pacientes acudieron a urgencias (11,6%): 5 presentaban infección herida (7,35%), 3 colección intraabdominal (4,41%). De estos 5 (62,5%) no habían recibido profilaxis antibiótica en la cirugía frente al 3 que sí la recibieron (p = 1).

**Conclusiones:** El uso de antibiótico de forma profiláctica en la colecistectomía laparoscópica en nuestra serie ha sido aplicado mayoritariamente en pacientes de ingreso ( $p = 0,002$ ) con una media de edad superior y un ASA III ( $p < 0,0001$ ) y por tanto presentado una duración del ingreso media superior 0,88 días ( $p < 0,0001$ ). Si bien las complicaciones infecciosas postquirúrgicas no presentaron diferencias entre ambos grupos de pacientes.