



INSTITUTO SALVADOREÑO
DEL SEGURO SOCIAL

VERSIÓN PÚBLICA

Este documento es una versión pública, en el cual únicamente se ha omitido la información que la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP), define como confidencial, entre ello, los datos personales de las personas naturales" (Arts. 24 y 30 de la LAIP y artículo 6 del lineamiento No. 1 para la publicación de la información oficiosa.



Sección Normalización

Lineamientos técnicos de atención en salud

Aplicación de la profilaxis
antibiótica en cirugía

LTAS

AUTORIZADO

REVISADO

APROBADO

F. 
Dr. Edwin Roberto Salmerón
Hernández

Gerente de Salud

F. 
Licda. Rosa Alba Quinteros

Jefatura Unidad de Desarrollo
Institucional

F. 
Dra. Mónica G. Ayala Guerrero

Directora General del ISSS



Contenido

- I. Propósito
- II. Marco legal y documentos de referencia
- III. Alcance
- IV. Vigencia
- V. Definiciones
- VI. Disposiciones generales
- VII. Desarrollo
 - A. Generalidades
 - B. Consecuencias del uso inapropiado de antibióticos.
 - C. Medidas destinadas a disminuir los riesgos de infección del sitio quirúrgico
 - D. Factores de riesgo para la infección del sitio quirúrgico
 - E. Indicación de profilaxis antibiótica prequirúrgica
 - F. Características del antibiótico ideal para profilaxis quirúrgica
 - G. Sobre la administración de profilaxis
 - H. Indicación de antibiótico según tipo de cirugía
- VIII. Responsabilidades en la normativa
- IX. Personal que participó en la formulación del documento
- X. Registro de actualización del documento
- XI. Anexos
- XII. Registro de Adendas

I. Propósito

Los lineamientos para la aplicación de profilaxis antibiótica en cirugía, buscan estandarizar el proceso de prescripción y administración de antibiótico previo a la realización de cirugías en los centros de salud del ISSS.

II. Marco legal y documentos de referencia

- Normas Técnicas de Control Interno Específicas del ISSS (octubre 2022).
- Código De Salud. – Art. 107, Art. 108.
- Guía para la prescripción de profilaxis antimicrobiana en cirugía versión 3.0.
- Norma para la prevención de la infección del sitio quirúrgico a través de la profilaxis antibiótica en cirugía, septiembre 2005.

III. Alcance

El presente lineamiento es de obligatorio cumplimiento por todo el personal de salud que interviene directa o indirectamente en la aplicación de profilaxis antibiótica en las cirugías que lo ameriten, a fin de prevenir las infecciones de sitio quirúrgico.

IV. Vigencia

El presente documento normativo tiene un período de vigencia de cinco años a partir de su aprobación y es de estricto cumplimiento, sustituyendo la versión anterior y/o afines incluidos en el mismo.

V. Definiciones

- **Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria:** Son aquellas infecciones que pueden ser adquiridas en cualquier establecimiento de atención en salud (Hospitales, centros de diálisis, cirugía mayor ambulatoria, etc.), habiéndose descartado que esta infección estaba presente o en periodo de incubación al momento del ingreso y recibir atención. Estas infecciones se presentan dentro de las 48 a 72 horas posteriores a la atención sanitaria dependiendo del periodo de incubación del agente infectante. En el caso de heridas quirúrgicas, la infección puede manifestarse luego del alta del paciente, hasta 30 días o un año dependiendo de la colocación o no de dispositivo biomédico.

- **Infección de sitio quirúrgico (ISQ):** Infección que ocurre en la incisión quirúrgica o cerca de ella, durante los primeros 30 días, o hasta un año, si se ha dejado un implante (1).
- **Profilaxis antibiótica en cirugía (PAC):** Es la administración de un agente antimicrobiano antes de la realización de la incisión quirúrgica y tiene como objetivo reducir el desarrollo de infecciones del sitio quirúrgico, evitando el crecimiento bacteriano en las heridas quirúrgicas y su adherencia al material protésico caso que existiera.
- **Lavado de manos:** Consiste en la frotación vigorosa de las manos con jabón seguido de aclarado con abundante agua, con el fin de eliminar la suciedad y la flora residente y transitoria.
- **Resistencia antimicrobiana:** Capacidad de un microorganismo para resistir los efectos de los antibióticos; es una característica inherente de la bacteria o puede ser una capacidad adquirida durante el proceso infeccioso (2).
- **Alto riesgo de MRSA:** Definido como antecedentes de colonización o infección por MRSA o estadías frecuentes o una estadía prolongada actual en el hospital con una alta prevalencia de MRSA o residencia en un área o centro de atención para personas mayores con alta prevalencia de MRSA o residencia actual, o residencia en el último 12 mes, en un centro correccional.

VI. Disposiciones generales

1. El director médico de cada centro de atención, las diferentes jefaturas y el trabajador de salud en general, en el ámbito de sus competencias, son responsables de la divulgación, del cumplimiento y del control de las disposiciones descritas en la presente normativa.
2. Las autoridades locales antes mencionadas, una vez que hayan divulgado la presente norma deberán mantenerla a disposición del personal de salud de su centro de atención, por los medios que les sea apropiado y posible, para consulta y análisis del trabajo a desarrollar.
3. Todo personal que brinda una atención directa a usuarios debe identificarse por su nombre y dirigirse de forma cortés y amable.

VII. Desarrollo

A. Generalidades sobre el uso de la PAC (profilaxis antibiótica en cirugía)

1. Se debe administrar profilaxis antibiótica antes de la incisión quirúrgica para lograr concentraciones efectivas en plasma y tejido en el momento de la incisión. La administración de cualquier antibiótico después de la incisión en la piel reduce la eficacia.
2. No es necesaria la administración de dosis múltiples. En la mayoría de los casos una única dosis de antibiótico es suficiente
3. El momento de la administración es crucial para asegurar su efectividad, garantizando la mayor concentración del antibiótico durante el acto quirúrgico
4. Muchos procedimientos quirúrgicos no requieren de profilaxis antibiótica. La profilaxis antibiótica prequirúrgica no está indicada para procedimientos con baja tasa de infección porque el beneficio esperable es menor que el riesgo de desarrollar un evento adverso a la medicación.
5. La PAC se indica cuando los beneficios de la prevención de la infección para cada tipo de cirugía son superiores a los riesgos derivados de las reacciones adversas del fármaco y a la aparición de resistencias bacterianas.
6. El uso apropiado de la profilaxis antibiótica en cirugía disminuye en forma significativa el porcentaje de infección del sitio quirúrgico, porque previene la proliferación bacteriana favorecida durante la incisión quirúrgica, siendo esta reducción en algunos procedimientos, mayor al 50 %.
7. La profilaxis antibiótica en cirugía no evita las infecciones hospitalarias no relacionadas al sitio quirúrgico.
8. La PAC no sustituye a las buenas prácticas de medidas de control de infecciones. Es complementaria de la preparación apropiada del paciente, la adecuada evaluación preoperatoria jerarquizando la ausencia de infección concurrente, la buena técnica quirúrgica, el quirófano seguro y los cuidados posoperatorios.

9. Previo a la indicación de profilaxis se debe recordar:
 - a) El uso de profilaxis antimicrobiana puede alterar la flora bacteriana intestinal, cambiando su colonización y aumentando la resistencia bacteriana.
 - b) La profilaxis quirúrgica puede predisponer a colitis asociada a *Clostridium difficile* si se prolonga o se utiliza antibioticoterapia con múltiples agentes.
 - c) Limitar la profilaxis a una sola dosis reduce el riesgo de enfermedad por *C. difficile*.
10. El principal beneficio del antibiótico preoperatorio es la reducción de la flora normal viable en el sitio quirúrgico.
11. La administración de antibióticos por un período más prolongado en el postoperatorio no sustituye la adecuada técnica quirúrgica.
12. La selección apropiada del antibiótico para un paciente específico debe considerar las características del agente ideal, la eficacia, la seguridad y las características del paciente en cuanto a su medicación previa, alergias y la epidemiología local.
13. El responsable de la administración de la PAC, es el proveedor de anestesia en sala de operaciones y debe hacerse previo a la inducción de la misma.
14. Se indicará la profilaxis antibiótica en dos tipos de cirugía:
 - a) Cirugías con alto riesgo de infección perioperatoria (por ejemplo, cirugía de órganos normalmente colonizados por microorganismos).
 - b) Intervenciones con baja probabilidad de infección, pero en las que ésta supondría un riesgo importante para el paciente (por ejemplo, cirugía cardíaca), debido a alguna característica especial.
15. Se recomienda el uso exclusivo de antibiótico preoperatorio, profiláctico para ISQ, en casos de procesos agudos intraabdominales (apendicitis aguda, colecistitis aguda, perforaciones gastrointestinales, perforaciones traumáticas o iatrogénicas gastrointestinales), donde la cirugía haya logrado control adecuado del foco precozmente y no se haya establecido un proceso infeccioso peritoneal, sino solamente contaminación bacteriana. La cirugía colorrectal también se incluye como indicación profiláctica.
16. Los organismos más frecuentes en ISQ después de procedimientos limpios pertenecen a la flora de la piel incluyendo *Staphylococcus aureus* y *S. epidermidis*. En procedimientos limpios

contaminados los organismos predominantes son Gram-negativos, enterococos y flora de la piel.

17. Casos en los que se recomienda repetir dosis de antibiótico:

- a) Para cirugía prolongada (más de 4 horas desde el momento de la primera dosis preoperatoria) cuando se utiliza un agente de acción corta (por ejemplo, la dosis de cefazolina debe repetirse después de 4 horas).
- b) Si se produce una pérdida importante de sangre (por ejemplo, más de 1500 ml en adultos), después de la reanimación con líquidos.

B. Consecuencias del uso inapropiado

18. Pérdida de la eficacia de la intervención favoreciendo la aparición de ISQ, sobre todo cuando no se respetan los tiempos de administración o el tipo de antibiótico. Muchos estudios que evaluaron la calidad de la profilaxis antibiótica prequirúrgica identificaron a los errores en la administración como un factor de riesgo independiente para el desarrollo de infecciones postquirúrgicas. Sólo la administración a destiempo de la profilaxis antibiótica prequirúrgica se asocia con un aumento de 2 a 6 veces en la tasa de infección del sitio quirúrgico.

19. Aumento en los costos al administrar antibióticos para cirugías que no requieren profilaxis, al prolongar innecesariamente la duración de la misma o al elegir incorrectamente antibióticos de mayor espectro. Los antibióticos destinados a la profilaxis antibiótica prequirúrgica pueden representar hasta un tercio de todos los antibióticos utilizados en el hospital.

20. Selección de gérmenes resistentes. La resistencia antibiótica es un problema de salud pública creciente que se asocia con un aumento en la morbilidad de los pacientes y los costos de salud. El uso inapropiado de antibióticos es la principal causa del desarrollo de resistencia antimicrobiana.

C. Las medidas destinadas a disminuir los riesgos de ISQ, se dividen en tres momentos:

- 1. Prequirúrgico**
- 2. Transquirúrgico**
- 3. Postquirúrgico**

1. Medidas prequirúrgica

- a) Identificar y tratar antes de la intervención todas las infecciones distantes al territorio quirúrgico, posponiendo la intervención, si es posible, hasta la curación de las mismas.

- b) No afeitar el campo quirúrgico antes de la operación excepto si interfiere con la misma. Si hay que eliminar el pelo, hacerlo antes de la intervención utilizando máquina eléctrica.
- c) Recomendar la supresión del consumo de tabaco, al menos 30 días antes de toda intervención electiva.
- d) Control de la glicemia, en todos los diabéticos antes de una intervención electiva (Glucosa <180 mg/dl).
- e) Evitar hiperglucemia perioperatoria 48 hrs pre y post-operatorio.
- f) Prescribir ducha o baño del paciente con solución de clorhexidina al 2%, por lo menos la noche anterior a la intervención.
- g) Preparar la piel del campo quirúrgico con un antiséptico adecuado (con solución de clorhexidina o yodopovidona combinada con alcohol).
- h) Durante la preparación de la piel aplicar el antiséptico con una gasa/pads embebidos en el antiséptico, en círculos concéntricos desde el centro hacia la periferia y esperar el secado (aproximadamente 1 minuto). Nunca debe verterse el antiséptico sobre la piel del paciente. El área preparada debe ser lo suficientemente amplia como para permitir extender la incisión o efectuar nuevas incisiones o sitios de drenaje.
- i) Control de la glucosa: Reducir los niveles de hemoglobina glicosilada A1 a menos de 8% antes de la cirugía.
- j) Cumplir con lavado de manos.

2. Medidas a tomar en cuenta durante el Transquirúrgico

- a) Minimizar el tráfico de personal dentro de la sala.
- b) No utilizar radiaciones UV para prevenir Infecciones.
- c) Mantener las puertas de quirófano cerradas.
- d) Esterilizar todos los instrumentos y equipos; minimizar el uso de esterilización tipo "flash".

3. Medidas a tomar en cuenta en el post quirúrgico

- a) Apósito estéril por 24 a 48 hr.
- b) Utilizar medidas de bioseguridad.
- c) Curar sólo cuando sea necesario.
- d) Lavado de manos con soluciones antisépticas (jabón antiséptico o alcohol gel).
- e) Utilizar guantes estériles.
- f) Educar al paciente y familia en cuanto a medidas higiénicas y signos de alarma.

D. Factores de riesgo para la infección del sitio quirúrgico son

1. Características de los pacientes

- Mayores de 65 años.
- Desnutrición proteica calórica.
- Diabéticos.
- Insuficiencia renal crónica.
- Neoplasia activa o en quimioterapia.
- Obesos.
- Cirrosis hepática.
- Colagenopatías.
- Score de riesgo anestésico (ASA = American Society of Anesthesiologists)

Que refleja el estado de salud del paciente antes de la cirugía. Tabla 1.

Score ASA	Estado de Salud
1	Paciente con buena salud.
2	Paciente con enfermedad sistémica leve.
3	Paciente con enfermedad sistémica grave que limita la actividad pero no es incapacitante.
4	Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante, con amenaza constante para la vida.
5	Paciente terminal con expectativa de vida de < de 24 horas, con o sin intervención quirúrgica.

2. Duración de la estancia intrahospitalaria previa a cirugía

Estudios demuestran asociación directamente proporcional entre el número de días de estancia intrahospitalaria y el riesgo de infección de sitio quirúrgico (3,4).

3. Factores relacionados con el procedimiento quirúrgico

- La duración del procedimiento.
- La técnica quirúrgica.
- La preparación preoperatoria de la piel.

E. Indicación de profilaxis antibiótica prequirúrgica de acuerdo al tipo de cirugía

1. Cirugía limpia: Riesgo de infección estimado de 1-5% sin profilaxis.

Se considera cirugía limpia si se cumplen todos los siguientes criterios:

- El tejido no está inflamado.
- No hay intervención sobre mucosas del tracto respiratorio, digestivo o genitourinario.

- c) No se rompe la asepsia quirúrgica.
 - d) No existe traumatismo previo.
 - e) **No debe hacerse profilaxis antibiótica, salvo cuando se colocan implantes protésicos.**
2. **Cirugía limpia-contaminada:** Riesgo de infección estimado de 5-15% sin profilaxis.
Se considera limpia-contaminada cuando:
- a) Intervención sobre cavidades o mucosas respiratoria, digestiva (excepto intestino grueso) o genitourinario, sin que se produzcan vertidos significativos ni exista inflamación. Se incluyen específicamente las intervenciones sobre vía biliar, oro faringe, apéndice y vagina.
 - b) Intervenciones sobre tejidos exentos de microorganismos, pero muy traumáticas.
 - c) **Debe hacerse profilaxis antibiótica.**
3. **Cirugía contaminada:** Riesgo de infección estimado de 15-25% sin profilaxis.
Se considera contaminada cuando sucede cualquiera de las siguientes circunstancias:
- a) Hay inflamación aguda sin pus.
 - b) Hay derrame del contenido de una víscera.
 - c) Hay ruptura de la técnica quirúrgica.
 - d) Se trata de una herida traumática reciente (menos de cuatro horas).
 - e) **Debe hacerse profilaxis antibiótica.**
4. **Cirugía sucia o infectada:** Se considera, cuando se produce cualquiera de las siguientes circunstancias:
- a) Hay pus.
 - b) Está perforada una víscera hueca.
 - c) Se trata de una herida traumática de más de cuatro horas de evolución.
 - d) **No procede profilaxis, es necesario tratamiento antibiótico.**
- Hay que tener en cuenta que un tipo de cirugía puede cambiar de categoría si en el transcurso de la intervención se produce una contaminación accidental.

F. Características del antibiótico ideal para profilaxis quirúrgica

1. Ser efectivo contra el patógeno más frecuente que contamina el sitio quirúrgico.
2. Se puede administrar en bolo.
3. Tiene escasos efectos adversos.
4. Tiene menos efectos adversos tipo alérgicos que las penicilinas.
5. No interacciona con otras drogas.
6. No favorece la aparición de resistencias.
7. No forma parte del arsenal terapéutico.

8. No es costoso.
9. Ser seguro.

G. Sobre la administración de la PAC

1. La profilaxis antibiótica debe realizarse entre los 60 min previos a la incisión quirúrgica, para que existan adecuados niveles séricos y tisulares. Dicho tiempo coincide con el momento de la inducción anestésica.
2. La administración de ciprofloxacina o vancomicina debe realizarse 120 min antes de la incisión para alcanzar niveles tisulares adecuados. En estos casos deberá administrarse en área de hospitalización o área prequirúrgica por personal de enfermería.
3. Si el procedimiento quirúrgico requiere realizar isquemia de un miembro, se debe administrar 5-45 min antes de colocar torniquete (4,5,6,7).
4. La vía de administración de la profilaxis es endovenosa.
5. Dosis y tiempo de infusión para antibióticos.
 - a) La dosis debe estar ajustada a cada paciente según su peso y función renal. La obesidad está asociada a un aumento del riesgo de ISQ, la farmacocinética de las drogas puede estar alterada en pacientes obesos y las dosis deben ser ajustadas en base al peso. Bratzler *et al.* Indicaron ajustar la dosis a 2 g de Cefazolina en pacientes con más de 80 kg y 3 g para pacientes con más de 120 kg.
 - b) En pacientes obesos >100 kg, la dosis ha de calcularse para el peso ideal (PI) ajustado:
$$PI \text{ AJUSTADO} = PI + 0,4 \times (\text{PESO REAL} - PI).$$
 - c) En pacientes obesos considere:
 - > Cefazolina: Aumentar la dosis de cefazolina (3 g) en pacientes adultos que pesen más de 120 kg.
 - > Gentamicina: Para pacientes adultos con un índice de masa corporal de 30 kg/m² o más, utilice el peso corporal ajustado (hasta un máximo de 100 kg) para calcular la dosis de gentamicina.
 - > Vancomicina: Considere una dosis mayor de vancomicina (1,5 g) para pacientes adultos que pesen más de 80 kg.
 - d) Los pacientes que reciben antibiótico para una infección remota anterior a la cirugía deben recibir profilaxis en la inducción anestésica. Si los agentes administrados son adecuados para la profilaxis quirúrgica, se debe administrar una dosis de refuerzo en los 60 min preoperatorios de acuerdo a su tiempo de vida media, si no es así, la profilaxis antibiótica debe ser ajustada para cubrir los gérmenes involucrados.

H. Indicación de antibiótico según tipo de cirugía

Cirugía abdominal, gástrica y biliar		
Cirugía	Profilaxis recomendada	Alto riesgo de alergia a penicilina/cefalosporina**
Cirugía abdominal		
<ul style="list-style-type: none"> Apendicectomía (incluidos procedimientos laparoscópicos), laparotomía exploratoria, división de adherencias, resección. 	Cefazolina 2 g intravenosa. MÁS Metronidazol 500 mg infusión intravenosa.*	Gentamicina 2 mg/kg IV. MÁS Metronidazol 500 mg infusión intravenosa.
<ul style="list-style-type: none"> Esplenectomía 	Cefazolina 2 g intravenosa. *	Vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg).
<ul style="list-style-type: none"> Gastroduodenal y esofágico Procedimientos no endoscópicos que ingresan a la luz del tracto gastrointestinal o procedimientos no endoscópicos que no ingresan a la luz gastrointestinal, pero solo si el paciente tiene factores de riesgo de infección posoperatoria (obesidad mórbida, obstrucción de la salida gástrica, acidez/motilidad gástrica reducida, sangrado gastrointestinal, malignidad o perforación), es decir, bypass gástrico, resección, úlcera, sobrecostura, esofagectomía. 	Cefazolina 2 g intravenosa. *	Gentamicina 2 mg/kg IV MÁS Vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg).
<ul style="list-style-type: none"> Cirugía Intestino delgado Procedimientos no endoscópicos del intestino delgado. 	Cefazolina 2 g intravenosa. Si el intestino delgado está obstruido. Agregar metronidazol 500 mg infusión intravenosa.*	Gentamicina 2 mg/kg IV MÁS Metronidazol 500 mg infusión intravenosa.
<ul style="list-style-type: none"> Cirugía colorrectal Procedimientos colorrectales no endoscópicos (por ejemplo, resección de colon, revisión de anastomosis). 	Cefazolina 2 g intravenosa. MÁS Metronidazol 500 mg infusión intravenosa. *	Gentamicina 2 mg/kg IV MÁS Metronidazol 500 mg infusión intravenosa.

***Si alto riesgo de infección por MRSA :** Agregar vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg).

Cirugía del tracto biliar (incluyendo procedimientos laparoscópicos)		
Cirugía	Profilaxis recomendada	Alto riesgo de alergia a penicilina/cefalosporina**
<ul style="list-style-type: none"> • Colecistectomía abierta Cirugía laparoscópica donde el paciente tiene factores de riesgo de infección postoperatoria (por ejemplo, mayor de 70 años, diabetes, ictericia obstructiva, cálculos en el colédoco, colecistitis aguda, vesícula biliar no funcional). 	Cefazolina 2 g intravenosa.*	Gentamicina 2 mg/kg IV [^] MÁS Vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg).
<ul style="list-style-type: none"> • Pancreático Procedimiento de Whipple, necrosectomía pancreática, pancreatoclectomía, resección hepática. 	Cefazolina 2 g intravenosa MÁS Metronidazol 500 mg infusión intravenosa.*	Gentamicina 2 mg/kg IV MÁS Metronidazol 500 mg infusión intravenosa.
<ul style="list-style-type: none"> • Reparación de hernia. 	Cefazolina 2 g intravenosa Si se prevé la entrada al lumen intestinal , Agregar Metronidazol 500 mg infusión intravenosa.*	Vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg) o si se prevé la entrada al lumen intestinal , Agregar Metronidazol 500 mg infusión intravenosa MÁS Gentamicina 2 mg/kg IV.

***Si alto riesgo de infección por MRSA:** Agregar vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg).

**Alergia a penicilina/cefalosporina de alto riesgo: antecedentes que sugieran alto riesgo (p. ej., anafilaxia, angioedema, broncoespasmo, urticaria, Erupción medicamentosa con eosinofilia y síntomas sistémicos, Síndrome de Stevens-Johnson / Necrolisis epidérmica tóxica.

[^] Para procedimientos con una probabilidad moderada de que duren más de 6 horas, se puede considerar una dosis más alta de Gentamicina (5 mg/kg).

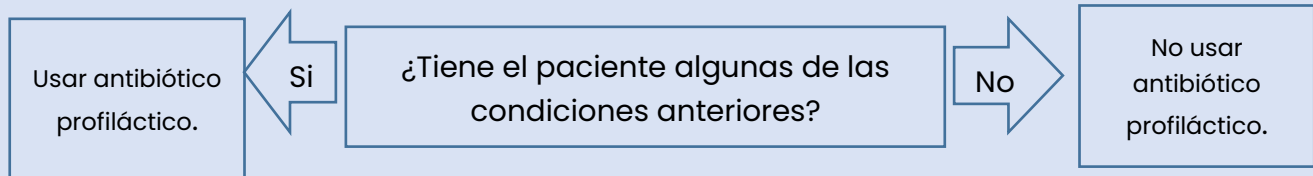
Profilaxis antibiótica para la prevención de la endocarditis en pacientes de alto riesgo

Consideraciones preoperatorias

La profilaxis con antibióticos para prevenir la endocarditis SOLO se recomienda para pacientes con afecciones cardíacas asociadas con el MAYOR RIESGO de resultados adversos por endocarditis (consulte el Cuadro 1) y solo para ciertos procedimientos (consulte el Cuadro 2).

Cuadro 1: Enfermedades cardíacas para las que se recomienda profilaxis antibiótica para prevenir la endocarditis

- ✓ Válvula cardíaca protésica, incluidas válvulas mecánicas, bioprotésicas y de homoinjerto (implantadas transcatóter e implantadas quirúrgicamente).
- ✓ Material protésico utilizado para la reparación de válvulas cardíacas (por ejemplo, anillos y cuerdas de anuloplastia).
- ✓ Endocarditis infecciosa previa.
- ✓ Trasplante cardíaco con posterior desarrollo de valvulopatía cardíaca (consultar al cardiólogo).
- ✓ Cardiopatía reumática en todas las poblaciones.
- ✓ Cardiopatía congénita, sólo si se trata de:
 - i) Defectos cianóticos no reparados, incluidos derivaciones y conductos paliativos.
 - ii) Defectos reparados con defectos residuales en o adyacentes al sitio de un parche o dispositivo protésico (que inhiben la endotelización).



Cuadro 2: Procedimientos en los que es necesario /no es necesario la profilaxis antibiótica para la endocarditis

Se requiere antibiótico profiláctico	No se requiere antibiótico terapéutico
PROCEDIMIENTOS DENTALES: > Procedimientos que implican manipulación del tejido gingival o periapical o perforación de la mucosa oral (p. ej., extracción de dientes, colocación de banda de matriz, dique y abrazadera de goma subgingival, colocación de implantes, biopsia, extracción de tejido blando o hueso, raspado subgingival y alisado radicular, replantación de dientes avulsionados, apicectomía, trazado de bolsillo de seis puntos en	TODOS LOS DEMÁS PROCEDIMIENTOS DENTALES NO DESCRITOS EN EL CUADRO DE PROCEDIMIENTOS QUE REQUIEREN ANTIBIÓTICO PROFILÁCTICO: > Examen oral. > Infiltración y bloqueo de la inyección de anestésico local a través de tejido no infectado. > Odontología restauradora. > Sujeción del dique de goma supragingival y

tejido enfermo, tratamiento de conducto antes del establecimiento de una parada apical).

PROCEDIMIENTOS DEL TRACTO RESPIRATORIO O DE OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA:

- > Amigdalectomía/ adenoidectomía.
- > Cualquier procedimiento invasivo para tratar una infección establecida (por ejemplo, drenaje de un absceso).

PROCEDIMIENTOS GENITOURINARIOS Y GASTROINTESTINALES:

- > Cualquier procedimiento genitourinario en presencia de una infección genitourinaria, a menos que ya se estén tratando enterococos (para cistoscopia electiva o manipulaciones del tracto urinario, obtenga un urocultivo y trate cualquier bacteriuria de antemano).
- > Cualquier procedimiento gastrointestinal en presencia de infección o colonización a menos que ya se estén tratando enterococos.
- > Escleroterapia para várices esofágicas.

OTROS PROCEDIMIENTOS:

- > Procedimientos que involucran piel, estructuras cutáneas o tejidos musculoesqueléticos infectados (por ejemplo, incisión y drenaje de absceso local, epidural, pulmonar, orbitario, perirrectal, hígado piógeno).
- > Gastrostomía endoscópica percutánea.

colocación del dique de goma.

- > Procedimientos de endodoncia intracanal.
- > Retirada de suturas.
- > Impresiones y construcción de prótesis dentales.
- > Colocación de brackets de ortodoncia y ajuste de aparatos fijos.
- > Aplicación de geles.
- > Radiografía dental.
- > Eliminación de placa supragingival.

PROCEDIMIENTOS DEL TRACTO RESPIRATORIO O DE OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA:

- > Intubación endotraqueal.
- > Broncoscopia rígida o flexible con o sin incisión o biopsia.
- > Ecocardiografía transesofágica.

PROCEDIMIENTOS GENITOURINARIOS Y GASTROINTESTINALES:

- > Cateterismo uretral.
- > Procedimientos transcervicales (por ejemplo, dilatación y legrado uterino, procedimientos de esterilización, inserción o extracción de dispositivo intrauterino).
- > Procedimientos obstétricos, incluida la interrupción quirúrgica del embarazo.
- > Endoscopia (con o sin biopsia gastrointestinal, incluida colonoscopia).

Profilaxis recomendada		
Procedimiento	Profilaxis recomendada	Alergia a penicilina/cefalosporina
<ul style="list-style-type: none"> Procedimientos dentales. Amigdalectomía. Adenoidectomía. 	Amoxicilina 2 g por vía oral, 60 minutos antes del procedimiento.	<p><u>^Alergia a la penicilina de riesgo moderado:</u> Cefalexina 2 g por vía oral, 60 minutos antes del procedimiento o si la administración oral no es posible: Cefazolina 2 g IV.</p> <p><u>*Alergia a penicilina/cefalosporina de alto riesgo:</u> Clindamicina 600 mg por vía oral , 60 a 120 minutos antes del procedimiento o si la administración oral no es posible: Clindamicina 600 mg en infusión intravenosa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Todos los otros procedimientos 	Cefazolina 2 g	Vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes adultos con un peso corporal real superior a 80 kg) #

^Alergia a la penicilina de riesgo moderado: antecedentes que sugieren riesgo moderado
 *Alergia a penicilina/cefalosporina de alto riesgo: antecedentes que sugieran alto riesgo .
 #Para pacientes colonizados o infectados con enterococos resistentes a la vancomicina, solicite asesoramiento a infectología sobre un régimen adecuado.

Procedimientos mamarios / Inserción de Infusaport / Escisión de piel / Procedimientos de biopsia		
Cirugía	Profilaxis recomendada	Alergia de alto riesgo a penicilina/cefalosporina
Procedimientos en la mama		
<ul style="list-style-type: none"> Procedimientos limpios no complicados (biopsia por escisión diagnóstica, biopsia independiente del ganglio centinela, escisión de tejido cicatricial, lumpectomía (con o sin localización con aguja o alambre). 	No se recomienda profilaxis.	
<ul style="list-style-type: none"> Procedimientos limpios y contaminados (mamoplastía de reducción, mastectomía simple, escisión local amplia, limpieza de ganglios linfáticos axilares, cirugía del pezón, 	Cefazolina 2g IV.*	Vancomicina 1g IV en infusión (1.5 g para pacientes con más de 80kg de peso).

todos los procedimientos de repetición o revisión).		
<ul style="list-style-type: none"> Procedimientos complicados limpios y contaminados (cirugía de reconstrucción mamaria protésica, implante protésico o matriz dérmica acelular, cirugía de reconstrucción mamaria autóloga, cirugía de aumento mamario). 	<p>Cefazolina 2g IV. POSTOPERATORIO: Para cirugía de aumento o reconstrucción mamaria, se pueden considerar 2 dosis más de Cefazolina (con 8 horas de diferencia).</p>	<p>Vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg). POSTOPERATORIO: Para cirugía de aumento o reconstrucción mamaria, se puede considerar una dosis única adicional de vancomicina 12 horas después de la primera dosis.</p>
<p>Se pueden considerar dosis postoperatorias, pero la profilaxis (intravenosa u oral) no debe continuar más allá de las 24 horas, incluso en presencia de drenajes quirúrgicos adyacentes al implante.</p>		
<p>Otros</p>		
<ul style="list-style-type: none"> Inserción de infusaport u otros dispositivos (para procedimientos que utilizan sedación local o anestesia general). 	<p>Cefazolina 2g IV.*</p>	<p>Vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg).</p>
<ul style="list-style-type: none"> Procedimientos con piel limpia o contaminada (biopsia diagnóstica por escisión, biopsia independiente). 	<p>Profilaxis NO recomendada.</p>	
<p>*Alto riesgo de infección por MRSA: Agregar vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg).</p>		
<p>Cuidados postoperatorios</p>		
<p>Excepto donde se incluyan anteriormente, los antibióticos postoperatorios NO están indicados a menos que se confirme o sospeche una infección, independientemente de la presencia de drenajes quirúrgicos. Si se sospecha infección, considerar la modificación del régimen antibiótico, según la condición clínica y los resultados microbiológicos.</p>		

<p>Cirugía cardíaca</p>		
<p>Profilaxis recomendada</p>		
<p>Procedimiento</p>	<p>Profilaxis recomendada</p>	<p>Alto riesgo de alergia a penicilina/cefalosporina</p>
<p>Cirugía de derivación de arteria coronaria (CABG)</p>	<p>Cefazolina 2g IV.*</p>	<p>Vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para</p>

Cirugía de válvula cardíaca.		pacientes de más de 80 kg de peso corporal real) más Gentamicina 5 mg/kg IV (dosis única solamente – no administrar dosis postoperatoria).
	Se pueden considerar dosis posoperatorias para todos los procedimientos cardíacos por hasta 24 horas.	
	Administre cefazolina 2 g IV cada 8 horas en número de 2, comenzando 8 horas después de la primera dosis.	Primero verifique la función renal: Si CrCl > 40 ml/min, administrar 1 dosis adicional de vancomicina # 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes que pesan más de 80 kg) 12 horas después de la primera dosis.
	Alto riesgo de MERS: agregar vancomicina# 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real de más de 80 kg).	

Procedimientos de cardiología intervencionista		
Profilaxis recomendada		
Procedimiento	Profilaxis recomendada	Alto riesgo a alergia a penicilina/cefalosporina
<ul style="list-style-type: none"> Intervención coronaria percutánea (ICP) (angioplastia/inserción de stent), Valvuloplastía aórtica con balón, Valvuloplastía mitral con balón. Registadores de bucle. implantables subcutáneos. Procedimientos de ablación 	No se recomienda profilaxis	
<ul style="list-style-type: none"> Inserción de dispositivos electrónicos implantables cardiovasculares (CIED) (por ejemplo, inserción de marcapasos permanente (PPM)/desfibrilador, dispositivo de resincronización cardíaca) 	Cefazolina 2 g intravenosa. *	Vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg) MÁS Gentamicina 2 mg/kg IV.

<p>PPM/cambio de batería del dispositivo Inserción de un dispositivo de asistencia ventricular.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Cierre de la comunicación interauricular (CIA), Cierre del foramen oval permeable (FOP), Cierre de la orejuela auricular izquierda (OAI). • Valvuloplastia, oclusión septal solo para pacientes de alto riesgo • (por ejemplo, catéter femoral > 6 horas, válvulas protésicas, antecedentes de endocarditis). 	<p>Cefazolina 2g IV. *</p>	<p>Vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg) MÁS Gentamicina 2 mg/kg IV.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Implante transcatóter de válvula aórtica (TAVI). • Es posible que sea necesario modificar la profilaxis antibiótica según los organismos que causan la infección dentro de la institución y sus patrones de susceptibilidad. 	<p>Cefazolina 2g IV. *</p>	<p>Vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg) MÁS Gentamicina 5 mg/kg IV."</p>
<p>*Agregar vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg).</p>		
<p>Cuidados post operatorios</p>		
<p>Excepto donde se incluyan anteriormente, los antibióticos posoperatorios NO están indicados a menos que se confirme o sospeche una infección, independientemente de la presencia de drenajes quirúrgicos.</p> <p>No se recomienda la aplicación de antimicrobianos (p. ej., ungüentos, soluciones, polvos) a la incisión quirúrgica para prevenir la infección del sitio quirúrgico porque existe potencial de daño (p. ej., reacciones de hipersensibilidad, resistencia bacteriana) y evidencia inadecuada para respaldar un beneficio.</p> <p>Si se sospecha infección, considerar la modificación del régimen antibiótico según la condición clínica y los resultados microbiológicos.</p>		

Procedimientos gastrointestinales endoscópicos		
Profilaxis recomendada		
Procedimiento	Profilaxis recomendada	Alto riesgo a alergia a penicilina/cefalosporina
<ul style="list-style-type: none"> Inserción/revisión de: <ul style="list-style-type: none"> >Gastrostomía/yeyunostomía endoscópica percutánea (PEG/PEJ). >Gastrostomía/Yeyunostomía Radiológica Percutánea (PRG/PRJ). 	Cefazolina 2g IV	Vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg).
<ul style="list-style-type: none"> Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). <ul style="list-style-type: none"> ➢ Implica drenaje transpapilar o transmural de pseudoquistes. ➢ Con evidencia de obstrucción del tracto biliar y solo si no se puede lograr un drenaje biliar completo. ➢ Si el paciente tiene quistes o pseudoquistes pancreáticos comunicantes. 	Gentamicina 2 mg/kg IV o Cefazolina 2g IV ADEMÁS considere agregar: Metronidazol 500 mg infusión intravenosa. *	Gentamicina 2 mg/kg IV. Además considere agregar: Metronidazol 500 mg infusión intravenosa.*
<ul style="list-style-type: none"> Aspiración con aguja fina de lesiones quísticas guiada por ecografía endoscópica. 	Metronidazol 500 mg infusión intravenosa. ADEMÁS: Cefazolina 2 g IV O Gentamicina 2 mg/kg IV. *	Gentamicina 2 mg/kg IV ADEMÁS considere agregar: Metronidazol 500 mg infusión intravenosa*.
<ul style="list-style-type: none"> Todos los demás procedimientos (con o sin biopsia), ejemplo: Aspiración con aguja fina guiada por ecografía endoscópica de lesiones sólidas a lo largo del tracto gastrointestinal. Ecografía endoscópica diagnóstica. Endoscopia. Colonoscopia. Sigmoidoscopia. Escleroterapia. Dilatación de la estenosis esofágica. 	No se recomienda profilaxis.	

Alto riesgo de infección por MRSA: Agregar vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg).

Cirugía ginecológica y obstétrica		
Profilaxis recomendada		
Procedimiento	Profilaxis recomendada	Alto riesgo a alergia a penicilina/cefalosporina
Procedimientos/cirugías ginecológicas.		
<ul style="list-style-type: none"> Procedimientos laparoscópicos que no ingresan al intestino ni a la vagina (diagnóstico, esterilización tubárica, operativo (excepto histerectomía)). Otros procedimientos transcervicales (cistoscopia, histeroscopia (diagnóstica u operativa), inserción de dispositivo intrauterino, biopsia endometrial, extracción de ovocitos, dilatación y legrado para indicaciones que no sean de embarazo, cabestrillo medio uretral autólogo, biopsia de tejido cervical, incluido LLETZ o legrado endocervical). (LLETZ = escisión de bucle grande de la zona de transformación). 	No se recomienda profilaxis	
Profilaxis recomendada		
Procedimiento	Profilaxis recomendada	Alto riesgo a alergia a penicilina/cefalosporina
<ul style="list-style-type: none"> Histerectomía. Procedimientos ginecológicos-oncológicos. Procedimientos de laparotomía ginecológica (omentectomía, ooforectomía). Procedimientos de prolapso de órganos pélvicos. Procedimientos con cabestrillo mediouretral sintético. Reparación vaginal. 	Cefazolina 2g IV más Metronidazol 500 mg infusión intravenosa	Clindamicina 600 mg infusión IV MÁS Gentamicina 2 mg/kg IV. Alto riesgo de infección por MRSA: Reemplace la clindamicina con vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real de más de 80 kg).
Procedimientos obstétricos		
Procedimientos menores (ej. Procedimientos endoscópicos).	No se recomienda profilaxis.	
Cesárea (electiva y no electiva).	Cefazolina 2g IV.	Clindamicina 600 mg infusión IV MÁS

		Gentamicina 2 mg/kg IV Alto riesgo de infección por MRSA: Reemplace la clindamicina con Vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real de más de 80 kg).
Profilaxis para la reparación de lesiones obstétricas del esfínter anal 3 a.	Cefazolina 2g IV MÁS Metronidazol 500 mg infusión intravenosa (tan temprano como sea posible).	Clindamicina 600 mg infusión intravenosa (tan temprano como sea posible).
	En caso de desgarro 3b, 3c, se recomienda profilaxis antibiótica post operatoria con Ceftriaxona 2 gr IV cada día más metronidazol 500mg cada 8 hrs por 5 días y para desgarro de 4 grado, se extiende tratamiento anterior por 10 días.	
Interrupción quirúrgica del embarazo (AMEU o LUI) (No se requiere profilaxis antibiótica quirúrgica si el paciente ha sido investigado y tratado por ITS antes del procedimiento).	Doxiciclina 400 mg VO en dosis única (1 hora antes del procedimiento) o Azitromicina 1 g VO (dentro de los 120 minutos anteriores al procedimiento).	
*Alto riesgo de infección por MRSA: Añadir vancomicina 1 g de infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real de más de 80 kg).		
Cuidados post operatorios		
Los antibióticos posoperatorios NO están indicados a menos que se confirme o sospeche infección, independientemente de la presencia de drenajes quirúrgicos. Si se sospecha infección, considerar la modificación del régimen antibiótico, según la condición clínica y los resultados microbiológicos.		

Neurocirugía		
Profilaxis recomendada		
Procedimiento	Profilaxis recomendada	Alto riesgo a alergia a penicilina/cefalosporina
<ul style="list-style-type: none"> Procedimientos de craneotomía. Procedimientos transesfenoidales+. Procedimientos de columna (laminectomía, discectomía). 	Cefazolina 2g IV. *	Vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso

<ul style="list-style-type: none"> • Inserción de drenaje ventricular externo Microcirugía. • Inserción del monitor de presión. • Procedimientos que implican la inserción de material protésico. • Procedimientos de reexploración Biopsia cerebral Navigus Inserción de derivación intracraneal# 		<p>corporal real superior a 80 kg).</p>
<p>*Alto riesgo de infección por MRSA: Agregar vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg).</p> <p># Los pacientes programados para la inserción de una derivación intracraneal deben vacunarse contra Streptococcus pneumoniae, idealmente antes del procedimiento, para protegerlos contra el desarrollo de meningitis neumocócica.</p>		
<p>Otros procedimientos menores limpios</p>	<p>No se recomienda profilaxis</p>	
<p>Cuidados post operatorios</p>		
<p>+ Después de los procedimientos transefenoidales, si los tapones nasales permanecen in situ, se puede considerar la profilaxis oral cuando exista un mayor riesgo de infección. Si es necesario, use amoxicilina con Ácido Clavulánico 875 mg por vía oral cada 12 horas durante cinco días (o si tiene alto riesgo de alergia a la penicilina/cefalosporina, use clindamicina 450 mg por vía oral cada 8 horas durante cinco días).</p>		

Procedimiento oftalmológicos				
Profilaxis recomendada				
Procedimiento	Profilaxis recomendada	Alto riesgo a alergia a penicilina/cefalosporina		
<p>Todos los procedimientos</p>	<p>Preoperatoriamente: Inmediatamente antes de la incisión quirúrgica, aplique un hisopo estéril de povidona yodada al 5% en el fondo de saco conjuntival, los márgenes del párpado y la piel periorbitaria y seque a los 2 minutos. En pacientes con alergia a la Povidona Yodada, utilice un producto estéril que contenga Acetato de Clorhexidina al 0,05% durante 5 minutos.</p>			
Procedimientos extra oculares				
<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos limpios: <ul style="list-style-type: none"> > Procedimientos conjuntivales. > Procedimientos de músculos 	<p>No hay pruebas sólidas de que los antibióticos profilácticos intravenosos mejoren los resultados de los procedimientos extraoculares limpios en personas por lo demás sanas. Si es necesario, utilice:</p> <table border="1" data-bbox="519 1808 1481 1887"> <tr> <td data-bbox="519 1808 857 1887"> <p>Cefazolina 2g IV* Alto riesgo de</p> </td> <td data-bbox="857 1808 1481 1887"> <p>Clindamicina 600 mg en infusión intravenosa.</p> </td> </tr> </table>		<p>Cefazolina 2g IV* Alto riesgo de</p>	<p>Clindamicina 600 mg en infusión intravenosa.</p>
<p>Cefazolina 2g IV* Alto riesgo de</p>	<p>Clindamicina 600 mg en infusión intravenosa.</p>			

rectos/oblicuos. > Reparación de entropión / ectropión.	infección por MRSA: Sustituya la cefazolina por Clindamicina en infusión intravenosa de 600 mg.	
Procedimientos donde puede haber infección (por ejemplo, dacriocistorrinostomía).	No hay pruebas sólidas para la profilaxis intravenosa (como se indicó anteriormente). Cualquier infección debe tratarse adecuadamente después de la cirugía.	
	Cefazolina 2g IV Alto riesgo de infección por MRSA: Sustituya la cefazolina por clindamicina en infusión intravenosa de 600 mg.	Clindamicina 600 mg en infusión intravenosa.
Procedimientos donde puede haber infección (por ejemplo, dacriocistorrinostomía).	No hay pruebas sólidas para la profilaxis intravenosa (como se indicó anteriormente). Cualquier infección debe tratarse adecuadamente después de la cirugía.	
Procedimientos intraoculares		
Procedimientos anteriores > Facoemulsificación / implante de lentes. > Queratoplastia. > Trabeculectomía / implante de tubo. > Injerto de córnea.	Al finalizar el procedimiento colocar una gota de Lomefloxacina 0.3% en dosis única, Tobramicina 0.3% más Dexametasona ungüento.	
Procedimientos vítreos		
Procedimientos vítreos internos. > por ej. reparación de desprendimiento de retina.	Al finalizar el procedimiento colocar una gota de Lomefloxacina 0.3% en dosis única, Tobramicina 0.3% más Dexametasona ungüento.	
Procedimientos vítreos externos, por ej. hebilla escleral.	Al finalizar el procedimiento colocar una gota de Lomefloxacina 0.3% en dosis única, Tobramicina 0.3% más Dexametasona ungüento.	

Cirugía oral y maxilofacial		
Profilaxis recomendada		
Procedimiento	Profilaxis recomendada	Alto riesgo a alergia a penicilina/cefalosporina
<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos que implican la inserción de implantes dentales. • Procedimientos limpios o limpios y contaminados que no se enumeran a continuación (incluida la cirugía dentoalveolar (extracciones, impactaciones, exposiciones); patología menor (tejidos blandos, quistes)). 	No se recomienda profilaxis.	
<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos que implican una incisión únicamente a través de la mucosa oral (por ejemplo, reparaciones de labio y paladar hendido). 	Bencilpenicilina 1,2 g IV Repetir la dosis cada 1 hora intraoperatoriamente.	Clindamicina 600 mg en infusión intravenosa.
<ul style="list-style-type: none"> • Remoción dental completa. 	Cefazolina 2g IV más Metronidazol 500 mg infusión intravenosa. Si hay infección en el postoperatorio: Amoxicilina/ácido clavulánico 875 mg/125 mg VO dos veces al día durante 5 días.	Clindamicina 600 mg en infusión intravenosa. Si está infectado: Clindamicina 450 mg VO tres veces al día durante 5 días.
<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos que implican incisión a través de la piel y la mucosa oral (no involucra la cavidad bucal): <ul style="list-style-type: none"> - Articulación temporomandibular (artrocentesis, reconstrucción). - Escisión/extirpación de la glándula submandibular. - Reconstrucción mandibular (sin injerto óseo). 	Cefazolina 2g IV.	Clindamicina 600 mg en infusión intravenosa.

<ul style="list-style-type: none"> - Procedimientos que implican incisión a través de la piel y la mucosa oral (cavidad bucal involucrada). - Cirugía ortognática^ (reemplazo de la articulación temporomandibular). - Procedimientos de escisión de glándulas sublinguales y glándulas salivales. - Procedimientos de injerto óseo intraoral. - Procedimientos que impliquen inserción de material protésico. 	<p>Cefazolina 2g IV MÁS Metronidazol 500 mg infusión intravenosa.</p>	<p>Clindamicina 600mg IV infusión.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Reducción abierta y fijación interna de fracturas mandibulares o fracturas mediofaciales (por ejemplo, Le Fort o cigomáticas). 	<p>Cefazolina 2g IV más Metronidazol 500 mg infusión intravenosa.</p>	<p>Clindamicina 600mg IV infusión.</p>
<p>^Se pueden considerar dosis posoperatorias después de una cirugía ortognática, pero la profilaxis (intravenosa u oral) no debe continuar más allá de las 24 horas.</p> <p>Se pueden considerar dosis postoperatorias para pacientes de alto riesgo (por ejemplo, fractura en el segmento de la mandíbula que contiene dientes, tiempo prolongado entre la lesión y la cirugía, un diente cariado o poco saludable que queda en la línea de fractura, incapacidad para restaurar quirúrgicamente la barrera mucosa, periodonto extenso). enfermedad) pero la profilaxis (intravenosa u oral) no debe continuar más allá de 24 horas.</p>		
<p>*Alto riesgo de infección por MRSA: Agregar vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg)</p>		

<p>Cirugía ortopédica y de columna</p>		
<p>Profilaxis recomendada.</p>		
<p>Procedimiento</p>	<p>Profilaxis recomendada</p>	<p>Alto riesgo a alergia a penicilina/cefalosporina</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Reemplazo total primario de cadera. Reemplazo total de rodilla. 	<p>Cefazolina 2g IV (postoperatorio): Cefazolina 2 g IV cada 8 horas hasta 2 dosis adicionales (consulte la NOTA 2 a continuación).*</p>	<p>Vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg). POST-OP: no se requieren antibióticos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que requieren revisión/reoperación 	<p>Cefazolina 2g IV MÁS vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real</p>	<p>Vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior</p>

<p>(reemplazo de articulación)</p>	<p>superior a 80 kg) (postoperatorio): Cefazolina 2 g IV cada 8 horas para 2 dosis más MÁS vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes de más de 80 kg de peso corporal real) dosis única administrada 12 horas después de la dosis inicial</p>	<p>a 80 kg) (postoperatorio): Vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes de más de 80 kg de peso corporal real) en dosis única administrada 12 horas después de la dosis inicial</p>
<p>Nota: Infecciones preexistentes (conocidas o sospechadas): si están presentes, utilice un régimen de tratamiento adecuado en lugar de un régimen profiláctico para el procedimiento. Las dosis deben programarse para permitir una nueva dosis justo antes de la incisión en la piel.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos artroscópicos de rutina que no implican la inserción de material protésico (por ejemplo, clavos, placas) o tejido avascular. 	<p>Profilaxis NO recomendada.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos espinales 	<p>Cefazolina 2g IV.*</p>	<p>Vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Fijación interna de fracturas de huesos grandes. • Procedimientos que implican la inserción de material protésico o de aloinjerto. • Otra fijación interna (cerrada). 	<p>Cefazolina 2g IV.*</p>	<p>Vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Amputación de miembro inferior. 	<p>Cefazolina 2g IV Si la extremidad es isquémica: Agregar metronidazol 500 mg en infusión IV*</p>	<p>Vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg) MÁS Gentamicina 2 mg/kg IV (para procedimientos que probablemente duren más de 6</p>

		<p>horas, considere usar una dosis de 5 mg/kg.</p> <p>Si la extremidad está isquémica: Agregar metronidazol 500 mg en infusión IV</p>
<p>*Alto riesgo de infección por MRSA: Agregar vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg).</p>		

Otorrinolaringología: Cirugía de cabeza y cuello		
Profilaxis recomendada		
Procedimiento	Profilaxis recomendada	Alto riesgo a alergia a penicilina/cefalosporina
Procedimientos otorrinolaringológicos		
<ul style="list-style-type: none"> Procedimientos de limpieza menores o sencillos: <ul style="list-style-type: none"> > Cirugía de oreja sin complicaciones que incluye timpanoplastía (no infectada), otoplastía. > Cirugía de nariz o senos nasales sin complicaciones, incluidas septoplastía y turbinoplastía, procedimientos endoscópicos (microlaringoscopia, panendoscopia). > Estapedectomía. > Amigdalectomía. > Adenoidectomía. 		<p>NO se recomienda profilaxis. Los pacientes con afecciones cardíacas específicas (p. ej., válvula cardíaca protésica), que se someten a estos procedimientos requieren profilaxis antibiótica para la endocarditis.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Procedimientos de implantes auditivos, incluido el implante coclear. 	Cefazolina 2 g IV.	<p>Vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg).</p>
<ul style="list-style-type: none"> Cirugía mayor de orejas Septorinoplastia compleja. Cirugía de revisión de senos nasales. 	Cefazolina 2 g IV MÁS Metronidazol 500 mg IV.	Clindamicina 600 mg IV.
<ul style="list-style-type: none"> Cirugía timpanomastoidea. Laringectomía (primaria o de rescate). 	Cefazolina 2 g IV MÁS Metronidazol 500 mg IV).*	Clindamicina 600 mg IV MÁS Gentamicina 2 mg/kg IV.
<p>*Alto riesgo de infección por MRSA: Agregar vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg).</p>		

Cirugía de cabeza y cuello		
<ul style="list-style-type: none"> • Tiroidectomía. • Escisión simple de ganglios linfáticos (incluida la escisión de ganglios linfáticos submandibulares). • Parotidectomía. • Otros procedimientos de limpieza no enumerados a continuación. 		No se requiere profilaxis.
<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos limpios y contaminados • Procedimientos que implican la inserción de material protésico. <p>Nota: Los procedimientos realizados en el contexto de una infección reciente o activa, pueden requerir antibióticos continuos guiados por los resultados del cultivo y las pruebas de susceptibilidad.</p>	<p>Cefazolina 2 g IV. Si la incisión es a través de superficies mucosas: Agregar metronidazol 500 mg en infusión IV. *</p>	Clindamicina 600 mg IV
<ul style="list-style-type: none"> • Disección extensa del cuello por malignidad. • Cirugía citorreductora o reconstructiva por malignidad 	<p>Cefazolina 2g IV más Metronidazol 500 mg IV* Postoperatorio: Se pueden considerar 2 dosis más de Cefazolina (con 8 horas de diferencia) y 1 dosis de Metronidazol (con 12 horas de diferencia). La profilaxis no debe extenderse más allá de las 24 horas.</p>	<p>Clindamicina 600 mg IV más Gentamicina 2 mg/kg IV. Postoperatorio: Se pueden considerar 2 dosis más de Clindamicina (con 8 horas de diferencia). La profilaxis no debe extenderse más allá de las 24 horas.</p>
<p>*Alto riesgo de infección por MRSA: Agregar vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg).</p>		

Procedimientos quirúrgicos en pediatría		
Profilaxis recomendada		
Procedimiento	Profilaxis recomendada	Alto riesgo a alergia a penicilina/cefalosporina
Quemadura 2ª grado menos 10% SC.	Penicilina sódica 50,000 U/ kg/dosis.	Gentamicina 5mg/kg IV.
Escroto agudo.	Cefazolina 30 mg/kg IV.	Gentamicina 5mg/kg IV.
Heridas traumáticas limitada a tejidos blandos.	Cefazolina 30 mg/kg IV.	Gentamicina 5mg/kg IV.
Hernia estrangulada.	Cefazolina 30 mg/kg IV.	Gentamicina 5mg/IV.
Parafimosis.	Cefazolina 30 mg/kg IV.	Gentamicina 5 mg/kg IV.
Abdomen agudo- Apendicitis aguda.	Ampicilina 150 a 200 mg/kg IV. Gentamicina 5/kg/día IV.	Metronidazol 30mg /kg/día, clindamicina 40mg/kg/día.

Procedimientos realizados en neonatología que requieren antibiótico profiláctico		
Profilaxis recomendada		
Procedimiento	Profilaxis recomendada	Alto riesgo a alergia a penicilina/cefalosporina
Derivación ventricular extracraneal.	Cefazolina 25mg /kg/ dosis IV.	Vancomicina 10 A 15 mg/kg/dosis IV.
Otra punción craneal.		
Otra excisión parcial y la no especificada de intestino grueso.		
Colostomía, no especificada de otra manera.		
Ileostomía, no especificada de otra manera.		
incisión de absceso perianal.		
Nefroureterectomía.		
Inserción de cateter urinario permanente.		

Cirugía plástica y reconstructiva (Incluyendo fracturas expuestas)		
Profilaxis recomendada		
Procedimiento	Profilaxis recomendada	Alto riesgo a alergia a penicilina/cefalosporina
<ul style="list-style-type: none"> Lesión limpia de huesos o tejidos blandos. Fracturas abiertas de la falange distal (siempre que se realice irrigación/desbridamiento rápido de la fractura dentro de las 8 horas posteriores a la lesión). Lesiones no infectadas y escisiones menores Blefaroplastia / Reparación de ptosis ritidectomía. Otros procedimientos de piel y tejidos blandos limpios o contaminados, incluidos aquellos que vulneran la mucosa oral. 		Profilaxis no recomendada.
<ul style="list-style-type: none"> Disección de ingle/axila. Abdominoplastia. Inserción de implantes, mallas, prótesis, tornillos, placas etc. Heridas traumáticas (lesiones no graves). Fracturas abiertas (lesiones no graves). 	Cefazolina 2 g intravenosa.	Clindamicina 600 mg IV o para colonización/infección conocida por MRSA, administre: Vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg).
<ul style="list-style-type: none"> Fracturas abiertas (lesiones graves) Heridas traumáticas (lesiones graves) 	Cefazolina 2 g IV y luego cada 8 horas para 2 dosis más. Además, para lesiones graves muy contaminadas (por ejemplo, lesiones agrícolas): Agregar Metronidazol 500 mg IV y luego cada 12 horas para 1 dosis más.	Clindamicina 600 mg IV y luego cada 8 horas por 2 dosis más. Si hay colonización/infección conocida por MRSA, administre: Vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes de más de 80 kg de peso corporal real) y luego cada 12 horas para 1 dosis adicional. Además, en caso de lesiones graves muy contaminadas (por ejemplo, lesiones agrícolas): Agregar Metronidazol 500 mg

		IV y luego cada 12 horas para 1 dosis más
<p>Alto riesgo de infección por MRSA: Agregar Vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg).</p>		

Cirugía torácica		
Profilaxis recomendada		
Procedimiento	Profilaxis recomendada	Alto riesgo a alergia a penicilina/cefalosporina
<ul style="list-style-type: none"> Inserción de catéter intercostal. Procedimientos braquiocefálicos (por ejemplo, endarterectomía carotídea, reparación de la arteria braquial) que no involucran material protésico. 	Profilaxis no recomendada	
<ul style="list-style-type: none"> Procedimientos que implican la inserción de material protésico. Procedimientos asociados con un mayor riesgo de infección, incluida la cirugía toracoscópica videoasistida, reparación de aneurismas, tromboendarterectomía, derivación venosa y mediastinoscopia. 	Cefazolina 2g IV*	Cefazolina 2g IV (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg)
<ul style="list-style-type: none"> Neumonectomía / Lobectomía. Si hay infección, continuar con la terapia antibiótica actual. 	Cefazolina 2g IV Luego: Cefazolina 2 g IV cada 8 horas para 2 dosis más comenzando 8 horas después de la dosis inicial. Si se requiere cobertura anaeróbica (empiema o absceso), Agregue:	Vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg) y una dosis más 12 horas después. Si se requiere cobertura anaeróbica (empiema o

	Metronidazol 500 mg infusión intravenosa y una dosis más 12 horas después. *	absceso), agregar: metronidazol 500 mg infusión intravenosa una dosis más 12 horas después.
<ul style="list-style-type: none"> Decorticación / Pleurectomía <p>Si hay infección, continuar con la terapia antibiótica prescrita.</p>	<p>Cefazolina 2 g intravenosa.</p> <p>Si se requiere cobertura anaeróbica (empiema o absceso), Agregue: Metronidazol 500 mg infusión intravenosa*</p>	<p>Vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg).</p> <p>Si se requiere cobertura anaeróbica (empiema o absceso), Agregue: Metronidazol 500 mg infusión intravenosa.</p>
<p>Alto riesgo de infección por MRSA: Agregar vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg).</p>		

Cirugía urológica.

"Detección de bacteriuria preoperatoria

>Para procedimientos de diagnóstico cistoscópicos no complicados, no realice pruebas de detección de bacteriuria ya que el riesgo de infección posoperatoria es bajo. Si los resultados del análisis de orina sugieren una infección del tracto urinario, se debe realizar un urocultivo.

- Para otros procedimientos urológicos electivos que ingresan al tracto urinario, realice un urocultivo preoperatorio. En pacientes cateterizados, recoja muestras utilizando un catéter nuevo para evitar la contaminación de la muestra por organismos que colonizan el catéter antiguo.

>Si no es posible realizar un examen perioperatorio antes de una operación inmediata, es posible que se requiera tratamiento empírico. -

Tratamiento de la bacteriuria preoperatoria

Si la bacteriuria se confirma mediante pruebas de detección, trate con un ciclo breve de antibióticos incluso si el paciente está asintomático.

Si se confirma bacteriuria antes de un procedimiento electivo o si se requiere una operación inmediata y hay evidencia clínica de una infección del tracto urinario pero los resultados del cultivo no están disponibles, administre gentamicina 3 mg/kg IV como dosis única preoperatoria. Es posible que se requieran dosis más altas si hay síntomas sistémicos (por ejemplo, pielonefritis).

NOTA: El tratamiento preoperatorio de la bacteriuria no elimina la necesidad de profilaxis antibiótica quirúrgica a menos que el antibiótico utilizado sea el mismo que el de la profilaxis recomendada Y

es probable que se alcancen concentraciones plasmáticas y tisulares adecuadas durante todo el procedimiento. Para los pacientes tratados por bacteriuria preoperatoriamente, modifique la elección de la profilaxis antibiótica quirúrgica según los resultados del cultivo y las pruebas de susceptibilidad.

Profilaxis de endocarditis

La profilaxis contra la endocarditis enterocócica está indicada en pacientes con afecciones cardíacas específicas que se someten a cirugía urológica y que requieren profilaxis antibiótica quirúrgica. Si el régimen de profilaxis antibiótica quirúrgica no incluye un antibiótico activo contra enterococos (p. ej., amoxicilina, vancomicina), consulte Profilaxis antibiótica para la prevención de la endocarditis en pacientes de alto riesgo para obtener recomendaciones complementarias adecuadas.

También puede ser necesaria la profilaxis contra la endocarditis enterocócica en pacientes con afecciones cardíacas específicas que se someten a una cirugía urológica para la cual no se requiere profilaxis quirúrgica con antibióticos, si el paciente tiene una infección genitourinaria establecida; consulte Profilaxis con antibióticos para la prevención de la endocarditis en pacientes de alto riesgo para más información.

Profilaxis recomendada		
Procedimiento	Profilaxis recomendada	Alto riesgo a alergia a penicilina/cefalosporina
Procedimientos limpios: <ul style="list-style-type: none"> • Cistoscopia diagnóstica sin manipulación del tracto urinario. • Litotricia extracorpórea por ondas de choque. • Estudios urodinámicos. • Procedimientos urológicos abiertos o laparoscópicos cuando no se ingresa al tracto urinario (por ejemplo, vasectomía, cirugía escrotal, ligadura de varicocele) y no se implanta material protésico. 		No se recomienda profilaxis.
<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos urológicos abiertos o laparoscópicos en los que no se espera la entrada a la luz intestinal y cuando: <ul style="list-style-type: none"> > Entrada al tracto urinario. > Se implanta material protésico (por ejemplo, prótesis de pene, 	Cefazolina 2g IV MÁS Gentamicina 2 mg/kg IV. Si se produce una lesión rectal involuntaria, AGREGUE inmediatamente: Metronidazol 500 mg infusión intravenosa.	Vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg). MÁS Gentamicina 2 mg/kg IV Si se produce una lesión rectal involuntaria,

<p>esfínteres urinarios artificiales, malla).</p>		<p>agregue, inmediatamente: Metronidazol 500 mg infusión intravenosa.</p>
<p>Procedimientos urológicos abiertos o laparoscópicos en los que se espera la entrada a la luz intestinal (por ejemplo, conducto ileal, reparación de rectocele).</p>	<p>Cefazolina 2g IV MÁS Metronidazol 500 mg infusión intravenosa.</p>	<p>Gentamicina 2 mg/kg IV MÁS Metronidazol 500 mg infusión intravenosa. Alto riesgo de infección por MRSA, agregar Vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos endoscópicos de cálculos intrarrenales y ureterales (por ejemplo, nefrolitotomía percutánea, pieloscopia para cálculos ureterales o renales). • Ureteroscopia/instrumentación del tracto superior (incluido pielograma retrógrado). • Otros procedimientos endoscópicos solo si existen factores de riesgo de infección posoperatoria (por ejemplo, obstrucción o anomalías del tracto urinario, cálculos urinarios, catéteres permanentes o externalizados). 	<p>Gentamicina 2 mg/kg IV. Si la gentamicina está contraindicada, utilice: Cefazolina 2 g intravenosa Colonización urinaria conocida por MRSA: Agregar Vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg).</p>	<p>Gentamicina 2 mg/kg IV. Colonización urinaria conocida por MRSA: Agregar Vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Prostatectomía abierta / prostatectomía robótica. 	<p>Cefazolina 2g IV MÁS Gentamicina 2 mg/kg IV. Si existe riesgo de entrada a la luz intestinal, Agregue: Metronidazol 500 mg infusión intravenosa.</p>	<p>Vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg) MÁS Gentamicina 2 mg/kg IV. Si existe riesgo de entrada a la luz intestinal, Agregue: Metronidazol 500 mg infusión intravenosa.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Resección transuretral de próstata. (Considere los resultados de cultivo y susceptibilidad si están disponibles). 	<p>Gentamicina 2 mg/kg IV. Si la gentamicina está contraindicada, utilice: Cefazolina 2 g intravenosa Colonización urinaria conocida por MRSA: Agregar vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg).</p>	<p>Gentamicina 2 mg/kg IV. Colonización urinaria conocida por MRSA: Agregar Vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Biopsia prostática transperineal (Considere los resultados de cultivo y susceptibilidad si están disponibles). 	<p>Cefazolina 2 g intravenosa.*</p>	<p>Gentamicina 2 mg/kg IV MÁS Vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Biopsia prostática transrectal (Considere los resultados de cultivo y susceptibilidad si están disponibles) 	<p>Ciprofloxacina 500 mg VO en dosis única, 2 horas antes del procedimiento</p>	
<p>Alto riesgo de infección por MRSA: Agregar vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg)</p>		
<p>Cirugía vascular</p>		
<p>Profilaxis recomendada</p>		
<p>Procedimiento</p>	<p>Profilaxis recomendada</p>	<p>Alto riesgo a alergia a penicilina/cefalosporina</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía reconstructiva vascular que involucra la aorta abdominal, la carótida y las extremidades superiores o inferiores (incluida la inserción de injerto/parche/stent, incisión en la ingle. 	<p>Cefazolina 2g IV. *</p>	<p>Vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg). MÁS Gentamicina 2 mg/kg IV. Considere uso de 5mg/kg</p>

		para procedimientos que duren más de 6 horas.
<ul style="list-style-type: none"> Amputación de extremidades 	Cefazolina 2g IV más Metronidazol 500 mg infusión intravenosa.*	<p>Vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg).</p> <p>MÁS</p> <p>Gentamicina 2 mg/kg IV. (Considere uso de 5mg/kg para procedimientos que duren más de 6 horas). Para amputación de una extremidad isquémica, Agregue Metronidazol 500mg en infusión intravenosa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Injerto arteriovenoso/fístula arteriovenosa con inserción de material protésico (p. ej. injerto de Dacrón). Fasciotomía de revisión AVF / AVG. Procedimientos de la arteria carótida que involucran material protésico. 	Cefazolina 2 g intravenosa.*	Vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg).
<ul style="list-style-type: none"> Procedimientos de la arteria braquial o carótida que no implican la inserción de material protésico (por ejemplo, formación autógena primaria de FAV). Todos los demás procedimientos limpios (por ejemplo, simpatectomía toracoscópica, procedimientos de venas varicosas, trombectomía percutánea). 	No se recomienda profilaxis.	
<p>Alto riesgo de infección por MRSA: Agregar vancomicina 1 g en infusión intravenosa (1,5 g para pacientes con un peso corporal real superior a 80 kg).</p>		

VIII. Responsabilidades en la normativa

1. Director del centro:

- a) Socializar el contenido del manual con el personal a su cargo.
- b) Velar por la correcta aplicación de lo dispuesto en este manual.
- c) Asegurar la disponibilidad de recursos necesarios para la realización de los procedimientos establecidos en este documento.

2. Jefatura de enfermería y especialidades médicas en el ámbito de sus competencias:

- a) Supervisión y control del cumplimiento de lo establecido en este documento.
- b) Implementar acciones correctivas en los casos de incumplimiento del procedimiento.
- c) Velar por la disponibilidad de recursos humanos e insumos médicos para la realización de los procedimientos.

3. Responsabilidad del médico:

- a) Indicación de la profilaxis pre quirúrgica.
- b) Realización del procedimiento quirúrgico.

4. Personal de enfermería:

- a) Preparación del paciente para el procedimiento que se realizará.
- b) Asistir al médico en los procedimientos de selección, evaluación, cirugía, y seguimiento post quirúrgico.
- c) Elaborar notas de enfermería describiendo la atención que se ha brindado al paciente.
- d) Reportar oportunamente, toda alteración en el estado del paciente, que requiera atención médica inmediata, dejando el registro respectivo en el expediente clínico.
- e) Cumplir el tratamiento indicado con eficiencia y eficacia, brindando al paciente la asesoría correspondiente en lo relativo al uso racional del medicamento, reacciones adversas, y la adherencia, entre otros.
- f) Mantener comunicación y coordinación efectiva con el equipo de trabajo y áreas de apoyo.

5. Personal de anestesia:

- g) Evaluación preanestésica del paciente cuando sea requerido.
- h) Administración de profilaxis prequirúrgica.

- i) Acompañamiento del paciente en el proceso de la administración de anestesia en el transoperatorio.

IX. Personal que participó en la formulación del documento

Equipo coordinador

NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
Licda. Renata M. Vásquez	Jefa de Departamento	Depto. Gestión de Calidad
Dra. Silvia G. Mendoza	Jefa de Sección	Sección Normalización
		Sección Normalización

Equipo que elaboró el documento


NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
		Hospital General
		Hospital General
		Sección Normalización

Equipo que validó el documento

NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
Dr. Julio Ernesto Gutiérrez Mayorga	Jefe de Departamento de Cirugía.	Hospital Médico Quirúrgico y Oncología
		Hospital General
		Hospital General
Dr. José Roberto Peña Huevo	Jefe Dpto. De Cirugía	Hospital General
		Hospital General
Dr. Beatriz Urrutia Pérez	Jefe de Servicio de Cirugía	Hospital General
		Dpto. de Enfermería
		Hospital General

		Hospital Materno Infantil 1º de Mayo.
		Hospital General
		Hospital General
		Hospital General
		Hospital General
Dr. Víctor Mauricio Espinoza Flores	Jefe del Departamento de Neonatología	Hospital Materno Infantil 1º de Mayo
		Hospital Amatepec

X. Registro de actualización del documento

		Lineamientos técnicos de atención en salud “Aplicación de la profilaxis antibiótica en cirugía”	LTAS-004
Modificaciones			
Versión	Fecha	Naturaleza de la modificación	Aprobado
0.0	Septiembre 2005	Norma para la prevención de la infección del sitio quirúrgico a través de la profilaxis antibiótica en cirugía.	Ing. Jorge Mariano Pinto.
1.0	Abril 2024	Lineamientos técnicos de atención en salud “Aplicación de la profilaxis antibiótica en cirugía”	Dra. Mónica Guadalupe Ayala Guerrero

XI. Anexos


Bibliografía.

1. ELSEVIER. Medidas de prevención de la infección del sitio quirúrgico en cirugía abdominal. Revisión crítica de la evidencia. Vol. 92. Núm. 4. páginas 223-231 (Abril 2014). Tomado de internet: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-medidas-prevencion-infeccion-del-sitio-S0009739X13003485#:~:text=Los%20centers%20for%20disease%20control,del%20sistema%20inmune%20de%20controlarlo>.
2. Giono-Cerezo Silvia, Santos-Preciado José I., Rayo Morfin-Otero María del, Torres-López Francisco J., Alcántar-Curiel María Dolores. Resistencia antimicrobiana. Importancia y esfuerzos por contenerla. Gac. Méd. Méx [revista en la Internet]. 2020 Abr [citado 2024 Mar 08]; 156(2): 172-180. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132020000200172&lng=es. E pub 26-mayo-2021. <https://doi.org/10.24875/gmm.20005624>.
3. Yang L, Yi F, Xiong Z, Yang H, and Zeng Y. Effect of preoperative hospital stay on surgical site infection in Chinese cranial neurosurgery. BMC Neurol. 2023 Nov 17;23(1):407. doi: 10.1186/s12883-023-03431-z. PMID: 37978454; PMCID: PMC10655340.
4. Cediell EG, Boerwinkle VL, Ramon JF, Arias D, De la Hoz-Valle JA, Mercado JD, Cohen D, Niño MC. Length of preoperative hospital stay is the dominating risk factor for surgical site infection in neurosurgery: A cohort data-driven analysis. Surg Neurol Int. 2022 Mar 4; 13:80. doi: 10.25259/SNI_1237_2021. PMID: 35399909; PMCID: PMC8986656.
5. Akinyele L. Akinyoola, MBCh, FWACS (Orth). Olayinka O. Adegbehingbe, MBCh, FWACS (Orth) Afolabi Odunsi, MBBS. Timing of Antibiotic Prophylaxis in Tourniquet Surgery. The journal of foot and ankle journal. VOLUME 50, ISSUE 4, P374-376, JULY 2011 (tomado de internet 15/4/24)-
6. Revista Mexicana de Anestesiología. Síndrome de reperfusión con el uso de torniquete neumático. Dra. Verónica Mireya Ramos-Chávez. 7a REUNIÓN INTERINSTITUCIONAL DE RESIDENTES DE ANESTESIOLOGÍA Vol. 41. Supl. 1 abril-junio 2018 pp S139-S143(tomado de internet 15/4/24)-
7. Haber, Pelle & Bue, Mats & Obrink-Hansen, Kristina & Thomassen, Maja & Søballe, Kjeld & Stilling, Maiken. (2020). Timing of Antimicrobial Prophylaxis and Tourniquet Inflation: A Randomized Controlled Microdialysis Study. The Journal of bone and joint surgery. American volume. Publish Ahead of Print. 10.2106/JBJS.20.00076.
8. Referencias procedimientos mamarios.
 - Antibiotic Expert Groups (2019). Therapeutic Guidelines: Antibiotic. Version 16. Melbourne, Therapeutic Guidelines Limited.
9. Procedimientos de cardiología intervencionista.

- "Antibiotic Expert Group. Therapeutic Guidelines: Antibiotic, Version 16. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019
10. Procedimientos gastrointestinales endoscópicos.
 - Antibiotic Expert Groups (2019). Therapeutic Guidelines: Antibiotic. Version 16. Melbourne, Therapeutic Guidelines Limited.
 8. Procedimientos de ginecología ginevcológica y obstétrica.
 - Antibiotic Expert Group. (2019). Therapeutic Guidelines: Antibiotic. Version 16. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited.
 11. Procedimientos de neurología.
 - Antibiotic Expert Group (2019). Therapeutic Guidelines: Antibiotic. Version 16. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited.
 9. Procedimientos de oftalmología.
 - Merani, R., et al. Aqueous chlorhexidine for intravitreal injection antisepsis: a case series and review of the literature Ophthalmology 2016. 123: p. 2588-94.
 12. Procedimientos en cirugía maxilo facial.
 - Antibiotic Expert Group. (2019). Therapeutic Guidelines: Antibiotic. Version 16. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited
 13. Procedimientos de ortopedia.
 - Antibiotic Expert Groups (2019). Therapeutic Guidelines: Antibiotic. Version 16. Melbourne, Therapeutic Guidelines Limited.
 14. Procedimientos de ORL.
 - Antibiotic Expert Group (2019). Therapeutic Guidelines: Antibiotic. Version 16. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited.
 - Bratzler, D, et al (2013). "Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery." Am J Health Syst Pharm 70 (3): 195-283.



XII. Registro de Adendas

		Lineamientos técnicos de atención en salud “Aplicación de la profilaxis antibiótica en cirugía”	LTAS-004
Adenda			
# Adenda	Fecha	Detalle de la modificación	Aprobado
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			