



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA GENERAL

**“ASOCIACIÓN ENTRE INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO
POSTERIOR A CIRUGÍA ABIERTA VERSUS CIRUGÍA
LAPAROSCÓPICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE UN
HOSPITAL DE PERÚ”**

Tesis para optar el Título de:

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA GENERAL

Presentado por:

Natalia María Oblitas Castro (0009-0001-5040-4631)

Asesor:

César Augusto Cano Mendoza (0000-0001-9085-8593)

Lima - Perú

2024

RESOLUCIÓN DIRECTORAL ACADÉMICA DE CARRERA No. 214- DACMH-DAFCS-U. CIENTIFICA-2024

Lima, 13 de marzo del 2024

VISTO:

El informe de revisión independiente académica y la aprobación de un Comité de Ética del proyecto de tesis titulado: **“ASOCIACIÓN ENTRE INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO POSTERIOR A CIRUGÍA ABIERTA VERSUS CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE UN HOSPITAL DE PERÚ”**.

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo al Reglamento General de la Universidad Científica del Sur y el reglamento y Procedimientos de trabajos de Investigación para obtener el **Título de Segunda Especialidad**.

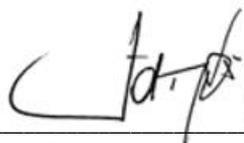
Que, de acuerdo a la normativa vigente de la Universidad Científica del Sur, en uso de las atribuciones conferidas al Director Académico de la Carrera.

SE RESUELVE:

ART. 1° Aprobar e inscribir el proyecto de tesis titulado: **“ASOCIACIÓN ENTRE INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO POSTERIOR A CIRUGÍA ABIERTA VERSUS CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE UN HOSPITAL DE PERÚ”**, presentado por el alumno Natalia María Oblitas Castro, con N° de registro: **POS-79-2024-00048**.

ART. 2° Nombrar al docente Cesar Augusto Cano Mendoza, como asesor para el desarrollo de la tesis en cuestión.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Mg. JORDI GRAU MONGE
DECANO
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

ANEXO 21: DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD DE INFORME FINAL DE TESIS

**UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR
DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD DE CONTENIDO DE INFORME FINAL DE TESIS¹³**

Lima, 30 de Marzo del 2024

Señor,
Carlos Zavalaga
Director General de Investigación, Desarrollo e Innovación
Universidad Científica del Sur
Presente.

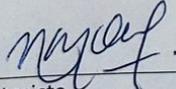
De nuestra consideración,

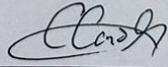
Yo: NATALIA MARÍA OBLITAS CASTRO, egresada de la carrera de CIRUGÍA GENERAL de la Universidad Científica del Sur, en conjunto con el asesor de tesis CÉSAR AUGUSTO CANO MENDOZA, declaramos que este informe final de trabajo de investigación titulado: ASOCIACIÓN ENTRE INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO POSTERIOR A CIRUGÍA ABIERTA VERSUS CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE UN HOSPITAL DE PERÚ, sustentado para obtener el título SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA GENERAL es original.

Es decir, no contiene plagio parcial ni total, cuando se utilizó información de fuentes externas se reconoció la autoría mediante la adecuada citación y los resultados obtenidos son producto entero de mi investigación y no han sido falseados ni fabricados. Todo esto en cumplimiento del Código de ética en la investigación, Reglamento del Comité de Integridad Científica, Reglamento de Propiedad Intelectual, Normas y procedimientos de los trabajos de investigación para la obtención de títulos profesionales y grados académicos¹⁴, que afirmamos conocer en su totalidad.

Por ello, en caso de identificarse alguna situación de plagio, falsificación o fabricación de resultados, nos allanamos al proceso de investigación que establezca la Universidad y las posibles sanciones que pudieran surgir.

Firmamos en conformidad con lo declarado,


Firma tesista
DNI: 44474320


Firma del asesor de tesis
DNI: 09271973

¹³ En conformidad con la Resolución del Consejo Directivo N° 084-2022-SUNEDU/CD

¹⁴ Los documentos están en: <https://investigacion.cientifica.edu.pe/reglamentos/>

INFORME DE REVISIÓN DE ORIGINALIDAD

Título del documento evaluado. Asociación entre infección de sitio operatorio posterior a cirugía abierta versus cirugía laparoscópica en el servicio de cirugía de un hospital de Perú

Autores. Natalia Maria Oblitas Castro

Mecanismo de revisión de originalidad. Evaluación con Turnitin (ID 2373706393).

Resultado de la evaluación. 6%

Revisado por. Magaly Kelly Guerrero Huaracallo.

Comentarios sobre la revisión. Filtros usados: excluir fuentes de menos de 12 palabras.

Asociación entre infección

INFORME DE ORIGINALIDAD

6%

INDICE DE SIMILITUD

6%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

1%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

1library.co

Fuente de Internet

1%

2

repository.javeriana.edu.co

Fuente de Internet

1%

3

www.grafiati.com

Fuente de Internet

1%

4

www.invima.gov.co

Fuente de Internet

1%

5

Submitted to UPAEP: Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla

Trabajo del estudiante

1%

6

repositorio.upch.edu.pe

Fuente de Internet

1%

DEDICATORIA

A mis amados padres, son el regalo más grande que Dios me dio. Mis logros no hubiesen sido posible sin su soporte día a día.

AGRADECIMIENTO

Al Hospital Nacional Arzobispo Loayza por darme tres años de mucho aprendizaje y afianzar mi amor por la cirugía.

ÍNDICE

Índice	
Resumen	6
1. Pregunta de investigación	7
2. Introducción	7
Justificación	11
3. Objetivos de la investigación	12
4. Hipótesis	12
5. Materiales y métodos	13
6. Aspectos éticos	19
7. Limitaciones del estudio	19
8. Cronograma de trabajo	20
9. Presupuesto	20
10. Referencias bibliográficas	21
11. Anexos	25

RESUMEN

Objetivos: Determinar la asociación entre infección de sitio operatorio y cirugías con abordaje incisional versus laparoscópico y su incidencia. **Materiales y Métodos:** El presente es un estudio observacional de tipo analítico de cohortes retrospectivo, realizado en pacientes sometidos a cirugía de abdomen durante el período de enero del año 2019 a diciembre del año 2021 en el Departamento de Cirugía General del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. El tamaño poblacional es de 3285 pacientes, con un nivel de confianza de 95% y margen de error de 5%, el tamaño muestral resulta en 345 pacientes. Se realizó un muestro no probabilístico por conveniencia. Se siguen los criterios para la elección de cirugía incisional o de cirugía laparoscópica, de las Guías de Cirugía Laparoscópica Segura de la Asociación Argentina de Cirugía y de las Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos, además de otras consideraciones particulares de cada paciente. Para realizar la recolección de datos se utilizará una “Ficha de Registro”. Haremos mediante la familia de modelo lineales generalizados un modelo de regresión del tipo binomial con ligando log , de manera cruda y ajustada. Calcularemos el riesgo relativos de ISO según el tipo de cirugía.

Palabras clave: infección de sitio operatorio, cirugía laparoscópica, cirugía convencional.

1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la asociación que existe entre cirugía con abordaje incisional e infección de sitio quirúrgico?

2. INTRODUCCIÓN

La infección de sitio operatorio (ISO) es una de las principales causas de infección intrahospitalaria. Ocupa el segundo lugar después de la infección urinaria y antes de la neumonía y sepsis (1). Las infecciones de sitio quirúrgico son aquellas ocurridas dentro de los primeros 30 días posteriores a una cirugía, o aquellas que ocurren durante el primer año si se dejó una prótesis o implante en el lugar durante dicha intervención, que afecte a la incisión superficial, al tejido celular subcutáneo o espacio u órgano (2).

Sin embargo, persiste su elevada incidencia, a pesar de una mejor comprensión de su causalidad, empleo adecuado de antibióticos profilácticos y técnicas quirúrgicas (3).

Cerca al 3% de las cirugías realizadas en EEUU, presentan como complicación una infección. Esto equivale a cerca de medio millón de infecciones anuales, incrementando costos debido a estancias hospitalarias prolongadas, uso de antibioticoterapia de amplio espectro, inclusive reintervenciones quirúrgicas (4). Asimismo, causándole incapacidad al paciente, y en otros casos secuelas con alto impacto económico (5), muchos requerirán de soporte y manejo en cuidados críticos y otros fallecerán.

La ISO se asocia a grupo adulto mayor, bajo peso u obesidad, inmunosupresión, comorbilidades, prolongado tiempo de intervención quirúrgica, tipo de cirugía según sea

limpia, contaminada o sucia, estancia hospitalaria preoperatoria prolongada, utilización de drenes (6,7,8).

En busca de disminuir los riesgos, se desarrollaron técnicas quirúrgicas buscando disminuir el trauma quirúrgico, que conllevaba a disminuir el tamaño de la incisión, mejor control de la contaminación, disminución de la estancia hospitalaria, menor dolor post operatorio permitiéndole al paciente mejor cuidado de la herida. Inicialmente se desarrollaron técnicas como la minilaparotomía, fue Mouret que en 1987 realiza la primera colecistectomía bajo esta técnica. (9)

El día de hoy, la laparoscopia aplicada a diferentes patologías se considera de elección. La colecistectomía laparoscópica (coelap) es la cirugía mínimamente invasiva) más utilizada, menor tiempo de recuperación y menor costo para el sistema de salud, en comparada con la opción convencional o abierta. Al presentar una menor tasa de complicaciones post quirúrgicas y una tasa de mortalidad de 0,003%, se le considera actualmente “estándar de oro para la colecistectomía” (9,10,11,12,13,14).

En el Hospital Cayetano Heredia de Lima, Del Castillo y Rodríguez fueron pioneros en presentar las primeras publicaciones abordando el tema de colecistectomía laparoscópica en el Perú, en 1991. En las que dieron a conocer que la colecistectomía laparoscópica es una intervención segura y efectiva, debido a su baja morbimortalidad, lo que permitió que trascienda y se realice en múltiples ciudades del país (9, 15,16,17,18,19).

En la actualidad, está claro el papel de la laparoscopia como factor protector frente a las ISO, se han realizado múltiples estudios que se detallan líneas abajo sobre sus ventajas y disminución en la tasa de infecciones presentadas en los pacientes post intervenidos

quirúrgicamente. Sin embargo, pese a esta evidencia, hay situaciones en las que el cirujano decidirá una cirugía abierta sobre una cirugía laparoscópica, como en aquellos en muy mal estado general, aquellos con sospecha de perforación visceral, trauma abdominal con deterioro clínico del paciente, cardiopatas, multioperados, entre otros.

Peñuela y cols. (20) publicaron en el año 2018, estudiaron registros quirúrgicos de pacientes post apendicectomizados del 2009 al 2013. Seleccionaron 80 casos y 272 controles. Encontró asociación con edad >54 años, tener filiación tipo subsidiada al SIS y un grado II en la histopatología del apéndice. Concluyendo que la desigualdad en salud es un importante condición de riesgo que merece atención. (20)

Claudia Yalán (2), en el año 2019 publicó un estudio transversal en la que se estudia la asociación del desarrollo de ISO posterior a apendicectomías con dos técnicas quirúrgicas: incisión transumbilical versus incisión tipo Rockey Davis, en el Hospital Luis Negreiros del 2017 y al 2018. Incluyó 758 pacientes apendicectomizados, se concluyó que no había asociación entre ISO y el tipo de incisión realizada, sin embargo se vio un aumento de casos de desarrollo de ISO si el paciente era de sexo femenino, mayor edad, si se empleó mayor tiempo operatorio, mayor días de hospitalización y un estadio avanzado de apendicitis. (21)

Briceño Arias y cols. (22), en el 2019, mediante un estudio transversal de un hospital público de Bogotá, estudió los factores para ISO para laparotomía vs laparoscopia en el servicio de cirugía en 2017. Obtuvo una prevalencia de ISO en el 2.8%, en el cual los paciente objetos de estudio tenían el antecedente de haber sido sometidos a

laparotomía, otros factores de riesgos encontrados fueron: antecedente de hipertensión arterial, diabetes mellitus. (22)

Sandoval y cols. (23) en el año 2019 publicaron un estudio transversal en el Hospital María Auxiliadora de Lima sobre la relación entre técnicas operatorias de apendicectomías e ISO. Reveló un 20% de pacientes apendicectomizado presentó ISO, en los cuales la mayoría fueron posteriores a ser sometido al tipo de técnica operatoria transversa y con un estado avanzado de su enfermedad, es decir presentaban apendicitis complicada, y requirieron mayor días de hospitalización. (23)

Toro y cols. (24) publicaron en el 2017 un estudio cohorte que tenía como objetivo en pacientes post apendicectomía comparar los desenlaces de las técnicas de apendicectomías laparoscópica o abierta, en un centro hospitalario de Colombia. Incluyeron 600 pacientes y determinó que la apendicectomía con técnica laparoscópica es superior en lo que respecta resultados clínicos, debido a que disminuye importantemente la incidencia de ISO, por lo cual se recomienda su uso generalizado. (24)

Serrano y cols. (25) publicaron una cohorte retrospectiva en el año 2019 un artículo en el cual se comparaba la cirugía de apendicectomía laparoscopia por puerto único versus abierta convencional localizada en un hospital de Colombia. Incluyeron a 106 pacientes y se observó más con la de puerto único. Además hubo un mejor resultado estético con la técnica laparoscópica. (25)

Onieva y cols. (26) publicaron un estudio transversal en el año 2017 las diferencias entre la cirugía de tipo laparoscópica frente al enfoque clásico de la apendicitis aguda. Incluyeron a 294 personas del Complejo Hospitalario Llerena-Zafra del 2012 al 2014. Se

observó que el tiempo de cirugía fue mayor en la técnica laparoscópica, sin embargo existieron más complicaciones quirúrgicas posterior a la apendicectomías abierta, principalmente de ISO. En este estudio se concluyó que la cirugía laparoscópica es la técnica más segura, presenta baja tasa de conversión, menor complicación y menor estancia hospitalaria. (26)

JUSTIFICACIÓN

Determinar la asociación existente entre el desarrollo de las ISO y la cirugía de abordaje incisional versus laparoscópico orientará al cirujano para la toma de la más adecuada decisión del método de intervención en cada caso de manera individual, evaluando al paciente de manera integral, considerando sus antecedentes patológicos, quirúrgicos, su índice de masa corporal, entre otros. La mejor decisión tomada por el cirujano devendrá en un mejor resultado en el paciente.

De acuerdo a los antecedentes mencionados, la presente investigación cobra importancia por las consecuencias y complicaciones que una cirugía de abordaje abierto podría generar en comparación a las de abordaje laparoscópico. Considerando que muchas de estas complicaciones conllevan a la muerte del paciente, incrementan hasta un 60% el requerimiento de UCI, 5 veces más la necesidad de ser hospitalizados nuevamente, y otros reintervenidos quirúrgicamente.

Otro punto importante a considerar, es que es una patología prevenible realizando con las medidas de higiene básicas (asepsia, antisepsia, antibioticoterapia profiláctica), si no existen protocolos estandarizados en cuanto al manejo y prevención. Por lo que los resultados de la presente investigación servirían de guía a las futuras decisiones terapéuticas.

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre infección de sitio operatorio y cirugías con abordaje incisional versus laparoscópico y su incidencia.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar los tipos de incisión asociados a infección de sitio operatorio
2. Determinar la asociación entre el tratamiento profiláctico asociados a infección de sitio operatorio
3. Describir las características demográficas y clínicas entre los pacientes que presentan infección o no de sitio operatorio
4. Determinar el índice de masa corporal asociados a infección de sitio operatorio
5. Identificar las complicaciones de enfermedad de base asociados a infección de sitio operatorio

4. HIPÓTESIS

Ho: La infección de sitio operatorio no se asocia a abordaje incisional

H1: La infección de sitio operatorio se asocia a abordajes incisional

5. MATERIALES Y METODOS

5.1 DISEÑO

Estudio observacional analítico de cohortes de tipo retrospectivo.

5.2 POBLACIÓN

La población está constituida por todos los pacientes sometidos a cirugía de abdomen en el período de enero del año 2019 a diciembre del año 2021 en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Arzobispo Loayza que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

Considerando el tamaño de la población en 3285 pacientes, con un nivel de confianza de 95% y margen de error de 5%, el tamaño de la muestra resulta en 345 pacientes.

5.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Historias clínicas de pacientes con abdomen agudo quirúrgico sometidos a cirugía de abdomen, en el período de enero del año 2019 a diciembre del año 2021 en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- Historias clínicas de pacientes que cumplan con los datos requeridos.

5.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

6. Historias clínicas con letra ilegible o con historias clínicas que presenten omisión de información que no permita el registro de los datos de la ficha de recolección.

7. Historias clínicas de pacientes sometidos a más de una intervención quirúrgica en un período corto de tiempo.
8. Historias clínicas de pacientes con patologías de tipo: Gangrena de Fournier, fasciitis necrotizante, infecciones de pared.

5.5 TIPO DE MUESTREO

Muestro no probabilístico por conveniencia.

Tamaño muestral: 345 pacientes.

5.6 VARIABLES

1. Variable independiente: tipo de cirugía (1. Abierta/incisional y laparoscópica convertida, 2. Laparoscópica)
2. Variable dependiente: infección de sitio operatorio
3. Variables intervinientes: patología, peso, presencia de peritonitis, comorbilidades, tipo de herida.

5.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES FINALES	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
TIPO CIRUGÍA	Decisión quirúrgica de acuerdo a gravedad de patología	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Emergencia • Electiva 	Ficha de recolección de datos
CIRUGÍA	Procedimiento quirúrgico realizado al paciente	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Abierta/incisional, laparoscópica convertida 	Ficha de recolección de datos

<p>INFECCIÓN DE Aquella que ocurre en la Cualitativa Nominal SITIO zona quirúrgica o cercana OPERATORIO a ella a los 30 días posterior a cirugía o, a 12 meses si se usó material protésico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Laparoscópica • Sí • No <p>Ficha de recolección de datos</p>
<p>TIPOS DE Aquella que ocurre en la Cualitativa Nominal INFECCIÓN DE zona quirúrgica o cercana SITIO a ella a los 30 días OPERATORIO posterior a cirugía o, a 12 meses si se usó material protésico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incisional superficial • Incisional profunda • Órgano/espacio anatómico <p>Ficha de recolección de datos</p>
<p>IMC Índice de masa corporal Cualitativa Ordinal del paciente al momento de la cirugía, relación el peso y la talla del paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Normal • Sobrepeso • Obesidad I • Obesidad II • Obesidad III <p>Ficha de recolección de datos</p>
<p>PATOLOGÍA Enfermedad presentada Cualitativa Nominal por el paciente que requirió manejo quirúrgico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apendicitis • Abdomen agudo • Perforación intestinal • Colecistitis • Obstrucción intestinal • Hernia complicada • Peritonitis • Diverticulitis <p>Ficha de recolección de datos</p>

TIPO HERIDA	DESolución de continuidad realizada en el momento de la cirugía	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Limpia • Limpia contaminada • Contaminada • Sucia 	Ficha de recolección de datos
PERITONITIS	Inflamación del peritoneo, que se observa durante el procedimiento quirúrgico	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de peritonitis • Presencia de peritonitis local • Presencia de peritonitis generalizada 	Ficha de recolección de datos
COMORBILIDA DES	Presencia de otras enfermedades en el paciente, como antecedente	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes Mellitus • Hipertensión arterial • Inmunosupresión 	Ficha de recolección de datos
TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO	Uso de antibiótico de manera profiláctica o como tratamiento instaurado	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	Ficha de recolección de datos
ESTANCIA HOSPITALARIA	Días de permanencia hospitalaria del paciente a	Cuantitativa Razón	<ul style="list-style-type: none"> • 1 -5 • 5-10 • 10-20 • Mayor a 20 	Ficha de recolección de datos

5.8 INSTRUMENTOS

Se siguen los criterios para la elección de cirugía incisional o de cirugía laparoscópica, de las Guías de Cirugía Laparoscópica Segura de la Asociación Argentina de Cirugía (27) y de las Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos (28), además de otras consideraciones particulares de cada paciente.

Para la recolección de datos se utilizará el instrumento “Ficha de Registro” plasmado en la sección Anexos - Anexo 1. La cual consta de 3 partes: filiación, antecedentes, y enfermedad actual. En el apartado de antecedentes, se consideran los patológicos (diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, asma y otros), y los quirúrgicos. En el apartado de enfermedad actual, se tomarán los datos de mayor importancia en nuestro estudio, como cirugía realizada, diagnóstico postoperatorio, procedencia de cirugía, presencia de peritonitis, uso de antibiótico, días de hospitalización y complicaciones post operatorias.

5.9 PROCEDIMIENTOS

Se realizarán los requisitos respectivos al Hospital Nacional Arzobispo Loayza, en primer lugar se dirigirá un oficio al Dr. Carlos Otiniano, Director del Hospital, solicitando el permiso de realización de nuestra investigación. De igual manera se emitirá la Carta de Conveniencia y Factibilidad del Departamento de Cirugía sellado por el Jefe del Departamento, el Dr. Alfonso Merino, la Carta de Compromiso del Investigador y la Declaración Jurada de autenticidad de la investigación.

Se emitirá la Constancia de haber llevado el curso “Conducta Responsable en investigación” desarrollado por el CONCYTEC, y la Nómina del equipo de investigación.

La Carta de aprobación del Comité de Ética del Hospital Nacional Arzobispo Loayza lo tramita el comité de investigación.

Se solicitarán los permisos para el acceso de Historias clínicas posterior a la obtención de los documentos antes mencionados, al Servicio de Estadística. Una vez logrado el acceso se aplicará la Ficha de Registro de manera virtual.

5.10 PLAN DE ANÁLISIS

Las características basales se presentarán mediante porcentajes si son categóricas y o medidas de tendencia central y de dispersión, si eran numéricas.. Posteriormente, entre los dos técnicasse realizará un análisis bivariado. Realizaremos la prueba de Chi cuadrado o la F exacto de Fisher, si no cumpliera el criterio de valores esperados.. Para las variables numéricas, realizaremos T de student o prueba de. Wilcoxon según su normalidad. Finalmente, haremos mediante la familia de modelo lineales generalizados un modelo de regresión del tipo binomial con ligando log , de manera cruda y ajustada. Calcularemos el riesgo relativos de ISO según el tipo de cirugía

6 ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio es retrospectivo, por lo que la unidad de investigación son las historias clínicas, no habiendo necesidad de aplicarse consentimiento informado.

El presente estudio no presente conflictos éticos por parte de la investigadora, asimismo es financiado por la misma. Cumple con los estatutos del Comité de investigación y ética del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y de la Universidad Científica del Sur.

La Carta de aprobación del Comité de Ética del Hospital Nacional Arzobispo Loayza lo tramita el comité de investigación. En el caso de la universidad, se tuvo la constancia ética del CIEI UCSUR N°410-CIEI-CIENTÍFICA-2024.

7 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las principales limitaciones que podrían ocurrir será en el acceso a la fuente, debido a que el Hospital cuenta con registro manual de historias clínicas, existiendo falta de información por pérdida de páginas, omisión de información por falta o inadecuado registro del mismo, letra ilegible en la escritura, entre otros.

Asimismo, los datos del estudio solo son extrapolables a los pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, no a otros establecimientos.

8 CRONOGRAMA DE TRABAJO

		Jun— Dic 23	Ene 24	Feb 24	Mar 24	Abr-Jun 24	Jul 24
1	Elaboración del portocolo	X					
2	Validación de ficha	x					
3	Revisión académica		x	X			
4	Revisión por CIEI-UCSUR			X	X		
5	Aprobación por carrera				x		
6	Revisión de historias clínicas					X	
7	Consolidación y análisis					X	
8	Elaoraación de informe final					X	
9	Difusión de investigación						X

9 PRESUPUESTO

N°	Descripción del bien o servicio	Unidad de medida	Cantidad	Costo unitario (S/.)	Total (S/.)
1	Llamadas telefónicas	Minuto	50	1.00	50.00
2	Pasajes	Recibo de pago	30	20.00	600.00
3	Impresiones	1.	400	0.5	200.00
4	Material de escritorio	2.	-	-	100.00
5	Publicación	Recibo de pago	1	2000.00	2000.00

10 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wong ES. Surgical site infections. Mayhall CG, Ed. Hospital epidemiology and Infection Control. Philadelphia: Williams & Wilkins, 1996. p. 154 – 75.
2. Horan TC, Gaynes RP, Martone WJ, Jarvis WR, Emori TG. CDC definitions of nosocomial surgical site infections, 1992: a modification of CDC definitions of surgical wound infections. Infect Control Hosp Epidemiol 1992; 13:606-608.
3. Deverick J, Anderson. Strategies to Prevent Surgical Site Infections in Acute Care Hospitals. The University of Chicago Press. The Society for Healthcare Epidemiology of America. [Internet]. 2014. [citado 23 de abril del 2018].
4. Suárez G. Guía de atención de enfermería para la prevención de infecciones de heridas postquirúrgica, en pacientes que acuden al centro de atención ambulatoria #40 less Quevedo [Internet]. Ecuador. 2016 [citado 25 de septiembre del 2017]
5. Alvarado García, Alejandra; Salazar Maya, Ángela. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerókomos. [Internet]. 2014 [citado 4 de diciembre de 2018]. 25(2): 57-62.
6. Romero TR. Tratado de cirugía. 2da ed. Mexico DF: Interamericana, 1993. p. 26.
7. Sabinston CD Jr. The biological of modern surgical practices. 14th Ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1991. p. 2208.
8. Vilar CD, Sandoval S, Gordillo P, De la Rosa M, Sánchez MG, Volkow P. Vigilancia de las infecciones de herida quirúrgica: Experiencia de 18 meses en el Instituto Nacional de Cancerología. Salud Pública de México 1999; 41 (S1): 544-50.

9. Fuertes Astocóndor L, Samalvides Cuba F, Camacho Roncal V. P, Herrera Fabián P, Echevarria Zarate J. Infección del sitio quirúrgico: comparación de dos técnicas quirúrgicas. Revista Médica Herediana [Internet]. 2009;20(1):22-30. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=338038892006>
10. Barboza BE. Principios y terapéutica quirúrgica. Lima: Didi de Arteta S.A, 1999.p. 917.
11. Cueto J, Weber A. Cirugía Laparoscópica. 2da Ed. México: Mc. Graw Hill Interamericana, 1997.p. 627.
12. Larson GM, Vitale GC, Casey J, et al. Multipractice analysis of laparoscopic cholecystectomy in 1,983 patients. Am J Surg 1992; 163 (2): 221-6.
13. Cruse PJE, Foord RA. Five-year Prospective Study of 23,649 surgical wounds. Arch Surg 1973; 107: 206-10.
14. Jatzko GR, Lisborg PH, Pertl AM, Stettner HM. Multivariate Comparison of Complications after Laparoscopic Cholecystectomy and Open Cholecystectomy, Ann. of Surg 1995; 211: 381-386.
15. Sánchez GC, Sandoval JJ, Bazán GA. Cirugía laparoscópica en el equipo médico de intervención rápida a nivel nacional (EMIR). Rev Méd IPSS 1994; 3(3): 7-10.
16. Cábala J, Olazábal R. Cirugía laparoscópica y convencional de vesícula y vías biliares. Rev Médica IPSS 1996; 5(2-3): 30-32.

17. Caballero CM. Colectectomía laparoscópica en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 1997-1998. Tesis Bachiller. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia,1999. 53 pp.
18. Salazar RF. Curvas de aprendizaje en colecistectomía laparoscópica, un análisis de 400 casos. Tesis Bachiller. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1999. 51 pp.
19. Luna GE. Frecuencia de conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía convencional en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Tesis Bachiller. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2002. 40 pp.
20. Peñuela, M. Factores de riesgo para la infección del sitio quirúrgico posapendicectomía. Estudio de casos y controles. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2018; 34 (1): 88-99.
21. Yalán Cano, Claudia. Infección de sitio operatorio tras apendicectomía asociado a incisión trans-umbilical versus Rockey-Davis en el Servicio de Cirugía del Hospital Luis Negreiros Vega, Marzo 2017 – Abril 2018. Lima. 2019.
22. Briceño Arias, L, Mora Páez, L, Payanene Barrero, A y Bastidas Cartagena, M. (2019). Prevalencia de los factores de riesgo para infección del sitio operatorio por laparoscopia versus lapatotomía del Servicio de Cirugía General en un Hospital Público de la ciudad de Bogotá durante el año 2017. Bogotá: Corporación Tecnológica de Bogotá, 2019.

23. Sandoval Gionti, Ursula Alexandra; Lozano Rodas, Ysabel; Palacios Ordonez, Enver Vantroi y Kohatsu Yshida, Jorge. Técnica operatoria de apendicetomía e infección del sitio operatorio. Hospital María Auxiliadora: Octubre-diciembre, 2018. Lima, v.19, n.3, p.33-39, jul. 2019.
24. Toro, Juan Pablo; Barrera, Óscar Javier y Morales, Carlos Hernando. Superioridad clínica de la apendicectomía laparoscópica sobre la técnica abierta: ¿adopción lenta de un nuevo estándar de tratamiento?. Rev. Colomb. cir. 2017, vol.32, n.1, pp.32-39.
25. Serrano M, Giraldo D, Ordóñez JM, Rengifo HA. Apendicectomía por único puerto asistida por laparoscopia versus técnica abierta convencional localizada, en pacientes con apendicitis aguda en el Hospital Universitario Clínica San Rafael. Rev Colomb Cir. 2019;34:245-53.
26. Onieva, Francisco Gabriel et al. Abordaje laparoscópico frente a enfoque clásico en el tratamiento de la apendicitis aguda. Rev. Colomb. Cir. 2017, vol.32, n.1, pp.26-31.
27. Guías de Cirugía Laparoscópica Segura. Asociación Argentina de Cirugía. Comité de Cirugía Videoendoscópica y mininvasiva. 2010.
28. Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Cirugía Endoscópica 2da Edición. Asociación Española de Cirujanos. 2010.

ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE REGISTRO

FILIACIÓN:

Código de Paciente:

Edad:

Sexo:

ANTECEDENTES:

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

Diabetes Mellitus: Sí No

Hipertensión Arterial: Sí No

Obesidad: (IMC:) Sí No

Asma: Sí No

Otros:

ANTECEDENTES QUIRÚGICOS:

Sí: No: Especifique:

ENFERMEDAD ACTUAL:

Diagnóstico postoperatorio: Cirugía realizada:

Procedencia: Emergencia: Hospitalización:

Peritonitis: Sí: No: Local: Generalizada:

Tiempo de enfermedad:

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO PROFILÁCTICO Y/O TRATAMIENTO:

Sí: No: Especifique:

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO POSTOPERATORIO:

Sí: No: Especifique:

DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN:

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

Infección de sitio operatorio:

Sí: No: Especifique:

**CARTA DE VALIDACIÓN DEL ASESOR DEL
PROYECTO PARA TÍTULO PROFESIONAL**

**UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR
VALIDACIÓN DEL ENVÍO DE PROYECTO DE TESIS**

Yo, CÉSAR AUGUSTO CANO MENDOZA, docente de la Carrera de Medicina Humana, asesor de la estudiante NATALIA MARÍA OBLITAS CASTRO, integrante de la Carrera de Medicina Humana, doy constancia de la elaboración del proyecto de tesis titulado:

**“ASOCIACIÓN ENTRE INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO POSTERIOR A
CIRUGÍA ABIERTA VERSUS CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN EL SERVICIO DE
CIRUGÍA DE UN HOSPITAL DE PERÚ”**

Confirmando que he revisado dicho proyecto y considero que la versión presentada puede ser sometida a evaluación por la Dirección General de Investigación, Desarrollo e Integridad Científica.

Fecha de entrega: 07/12/2023.
Fecha de recepción: 07/12/2023


Dr. CÉSAR AUGUSTO MENDOZA
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 31987 R.N.E. 16803
SERVICIO DE CIRUGÍA S.M.
HOSPITAL NACIONAL "ALCIBIO POLOMAYO"

Firma del asesor del proyecto de tesis

**COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN
INVESTIGACIÓN**



CONSTANCIA N°410-CIEI-CIENTÍFICA-2024

El presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Científica del Sur (CIEI-CIENTÍFICA) da constancia que el proyecto de investigación, cuyos datos se registran a continuación, **ha sido aprobado** por el CIEI-CIENTÍFICA.

Código de registro: **POS-79-2024-00048**

Título: **Asociación entre infección de sitio operatorio posterior a cirugía abierta versus cirugía laparoscópica en el servicio de cirugía de un hospital de Perú**

Investigador(a): **Natalia María Oblitas Castro**

La aprobación del proyecto de investigación implica que el documento presentado a evaluación cumple con los lineamientos de Universidad en materia de investigación y ética, los cuales se sustentan en la normativa internacional vigente.

La aprobación del proyecto de investigación corresponde a los siguientes documentos:

1. Protocolo de investigación, versión 1.0. de fecha 19 de febrero del 2024.
2. Consentimiento Informado versión 1.0. de fecha 19 de febrero del 2024.

La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento hasta el **10 de setiembre del 2025**.

Todo trámite para la renovación de la aprobación tendrá que ser por lo menos 30 días antes de su vencimiento.

Tome atención del comunicado **410-CIEI-CIENTÍFICA-2024** que se adjunta a su constancia de aprobación.

Villa El Salvador, 11 de marzo del 2024



 Mg. Cinthya Ruth Chipana Herquinio
 Presidente
 Comité Institucional de Ética en
 Investigación

RESOLUCIÓN DIRECTORAL ACADÉMICA DE CARRERA No. 214- DACMH-DAFCS-U. CIENTIFICA-2024

Lima, 13 de marzo del 2024

VISTO:

El informe de revisión independiente académica y la aprobación de un Comité de Ética del proyecto de tesis titulado: **“ASOCIACIÓN ENTRE INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO POSTERIOR A CIRUGÍA ABIERTA VERSUS CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE UN HOSPITAL DE PERÚ”**.

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo al Reglamento General de la Universidad Científica del Sur y el reglamento y Procedimientos de trabajos de Investigación para obtener el **Título de Segunda Especialidad**.

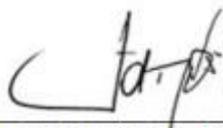
Que, de acuerdo a la normativa vigente de la Universidad Científica del Sur, en uso de las atribuciones conferidas al Director Académico de la Carrera.

SE RESUELVE:

ART. 1° Aprobar e inscribir el proyecto de tesis titulado: **“ASOCIACIÓN ENTRE INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO POSTERIOR A CIRUGÍA ABIERTA VERSUS CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE UN HOSPITAL DE PERÚ”**, presentado por el alumno Natalia María Oblitas Castro, con N° de registro: **POS-79-2024-00048**.

ART. 2° Nombrar al docente Cesar Augusto Cano Mendoza, como asesor para el desarrollo de la tesis en cuestión.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Mg. JORDI GRAU MONGE
DECANO
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

c.c. Archivo