

Infección de localización quirúrgica en cirugía de colon

Surgical site infection in colon surgery

doi.org/10.23938/ASSN.0372

E. Balén Rivera

Sr. Director:

La prevención de la infección quirúrgica es un requerimiento básico de cualquier sistema sanitario y una medida de la calidad de la asistencia. La morbilidad y los costos sanitarios derivados de la infección de herida y de sitio quirúrgico se sabe que son muy elevados¹.

Junto con la calidad de la técnica quirúrgica, la adecuada preparación del paciente es un pilar básico para reducir las complicaciones postoperatorias: en esta preparación, la profilaxis antibiótica (prevención de la infección del área operada) es una medida sencilla, ordinariamente de bajo coste económico, y con un alto rendimiento para reducir la morbilidad postoperatoria y el coste acompañante. Siendo sencilla, por rutinaria, la administración correcta de la profilaxis antibiótica es, sin embargo, campo de batalla habitual en la calidad de la asistencia quirúrgica. A veces no se le presta en la práctica la importancia que se le reconoce en la teoría: la administración correcta reduce notablemente la infección de la herida y del sitio quirúrgico y, consiguientemente, la estancia hospitalaria en alrededor de una semana cuando la in-

fección es evitada, lo que se traduce en una reducción de costes directos, que en caso de infección con frecuencia doblaría el costo total del mismo procedimiento realizado sin complicaciones.

El trabajo publicado por Del Moral y col² se centra en este aspecto dentro de un ámbito de mucha carga asistencial, como es la cirugía colorrectal programada. Los autores analizan una extensa experiencia en su hospital durante ocho años, centrandolo en el estudio en la correcta aplicación de su propio protocolo antibiótico en cirugía del colon, su cumplimiento y su relación con las infecciones de sitio quirúrgico. Y lo hacen con valor, dado que es una recogida prospectiva y exhaustiva de los datos de profilaxis antibiótica y de las infecciones quirúrgicas encontradas en más de 700 intervenciones de cirugía mayor sobre el colon. La profilaxis antibiótica es una parte principal de los conjuntos de medidas anti-infección en cirugía³ si bien existen publicaciones que ponen en duda la importancia de estas prácticas sistemáticas anti-infección⁴.

Este control de su actividad preventiva de la infección quirúrgica les lleva a conclusiones muy claras: en el 2,2% de los casos no se pudo documentar la administración

An. Sist. Sanit. Navar. 2018; 41 (3): 401-402

Unidad de Cirugía Colorrectal. Complejo Hospitalario de Navarra. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona.

Recepción: 25/09/2018
Aceptación definitiva: 18/10/2018

Correspondencia:

Enrique Balén Rivera
Unidad de Cirugía Colorrectal
Complejo Hospitalario de Navarra
Irunlarrea 3
31008 Pamplona
Email: ebalenri@cfnavarra.es

de la profilaxis antibiótica (se presupone que pudo no haberla, aunque no es demostrable), y en los que se documentó (98% de los casos) la profilaxis fue “totalmente correcta” en el 92% de los casos: antibiótico elegido, dosis, horario respecto a la incisión quirúrgica y duración del tratamiento.

Hay aspectos relacionados con la infección quirúrgica que no se han detallado en el trabajo de Del Moral y col², aunque seguramente parte de ellos habrán sido recogidos aunque no analizados en este estudio. Por ejemplo, el uso del abordaje laparoscópico o por laparotomía en esas intervenciones de colon, dado que el abordaje laparoscópico, a pesar de incrementar el tiempo quirúrgico, reduce la infección de herida respecto a la laparotomía^{5,6}. Tampoco se concreta el tipo de incumplimiento respecto al inicio de la profilaxis: podría haberse administrado con más de una hora de antelación respecto a la incisión, o bien ya realizada la incisión, lo que se relaciona con más infección de herida porque se asemeja a la falta de profilaxis⁷. Menos importancia tendrá la elección del antibiótico, porque probablemente habrá sido una pauta igual de eficaz que la indicada o quizá superior (exceso de profilaxis)⁸, ya que ningún paciente con profilaxis inadecuada tuvo infección. Un novedoso último aspecto no analizado en el trabajo de Del Moral y col² es el uso o no de preparación mecánica intestinal y/o su asociación con profilaxis antibiótica vía oral, que vuelve a ser un tema de moda en la literatura reciente porque parece que contribuye a la reducción de las tasas de infección quirúrgica⁹.

Una tasa de infección quirúrgica menor del 6% en cirugía colorrectal debe considerarse un éxito y una constatación de la calidad de su prevención¹⁰. Lo que sí prueba, como en el artículo de Del Moral y col², es que no documentar la administración de la profilaxis antibiótica (probablemente por haberla omitido, por las razones que fuesen) duplicó hasta casi el 12% la tasa de infección quirúrgica. Analizar esos pocos casos respecto a aspectos tales como horario de quirófano, personal o local quirúrgico no habitual, etc. podría ayudar a sospechar la causa evitable de la no profilaxis antibiótica y ser un punto de mejora de la asistencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. IÑIGO JJ, BERMEJO B, OROÑOZ B, HERRERA J, TARIFA A, PÉREZ F et al. Infección de sitio quirúrgico en un servicio de cirugía general. Análisis de cinco años y valoración del índice National Nosocomial Infection Surveillance (NNIS). *Cir Esp* 2006; 79: 224-230.
2. DEL MORAL JA, ALONSO M, GIL P, FERNÁNDEZ-CEBRIÁN JM, DURÁN M, RODRÍGUEZ G. Incidencia de infección de localización quirúrgica en cirugía de colon y adecuación de la profilaxis antibiótica: estudio de cohortes prospectivo. *An Sist Sanit Navar* 2017; 40: 371-377.
3. STEINBERG JP, BRAUN BI, HELLINGE WC, KUSEK L, BOZIKIS MR, BUSH AJ et al. Trial to reduce antimicrobial prophylaxis errors (TRAPE) study group. Timing of antimicrobial prophylaxis and the risk of surgical site infections. Results from the trial to reduce antimicrobial prophylaxis errors. *Ann Surg* 2009; 250: 10-16.
4. HAWN MT, VICK CC, RICHMAN J, HOLMAN W, DEIERHOI RJ, GRAHAM LA et al. Surgical site infection prevention. Time to move beyond the surgical care improvement program. *Ann Surg* 2011; 254: 494-501.
5. ROMY S, EISENRING MC, BETTSCHART V, PETIGNAT C, FRANCIOLI P, TROILLET N. Laparoscope use and surgical site infections in digestive surgery. *Ann Surg* 2008; 247: 627-632.
6. BALÉN E, SUÁREZ J, ARICETA I, OROÑOZ B, HERRERA J, LERA JM. Cirugía laparoscópica en las enfermedades colorrectales. *An Sist Sanit Navar* 2005; 28 (Suppl 3): 67-80.
7. HAWN MT, RICHMAN JS, VICK CC, RHIANNON J, DEIERHO J, GRAHAM LA et al. Timing of surgical antibiotic prophylaxis and the risk of surgical site infection. *JAMA Surg* 2013; 148: 649-957.
8. RUIZ -TOVAR J, BADIA JM. Medidas de prevención de la infección del sitio quirúrgico en cirugía abdominal. Revisión crítica de la evidencia. *Cir Esp* 2014; 92: 223-231.
9. CHEN M, SONG X, CHEN L, LIN Z, ZHANG X. Comparing mechanical bowel preparation with both oral and systemic antibiotics versus mechanical bowel preparation and systemic antibiotics alone for the prevention of surgical site infection after elective colorectal surgery: A meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Dis Colon Rectum* 2016; 59: 70-78.
10. IÑIGO JJ, AIZCORBE M, IZCO T, DE LA TORRE A, USOZ JJ, SOTO JA. Vigilancia y control de la infección de sitio quirúrgico. *An Sist Sanit Navar* 2000; 23 (Suppl 2): 129-141.