



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-456 - PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LA CIRUGÍA ELECTIVA DE LA HERNIA INGUINAL PRIMARIA, ¿ES NECESARIA? REVISIÓN DE LA LITERATURA

García León, Anabel; Hinojosa-Ramírez, Fátima; Bustos Jiménez, Manuel; Soler Frías, Joan Ricard; Tallón Aguilar, Luis; Padillo Ruíz, Francisco Javier

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Objetivos: Presentamos una revisión de los principales trabajos y guías publicadas en los últimos años sobre la profilaxis antibiótica en la cirugía electiva de la hernia inguinal primaria. Además, nos planteamos la valoración del número necesario a tratar (NNT) para considerar la indicación de administrar esta profilaxis que no está exenta de riesgos.

Métodos: Revisión de las principales guías y revisiones sistemáticas sobre la profilaxis antibiótica en la hernia inguinal primaria.

Resultados: En 2012 se publica en la Cochrane una de las revisiones con un análisis de 17 ECA, incluyendo a un total de 3574 pacientes. Concluyen a favor de la profilaxis antibiótica con un OR 0,56 (0,38-0,81). No se estratifica por riesgo según las características de los pacientes o el entorno. Reportan un NNT 56. En 2016 Erdas et al. publican una revisión sistemática de 16 ECA con un total de 5.519 pacientes. No estratifica por riesgo. El NNT es de 108. En 2017, Boonchan et al. publican otra revisión sistemática con un total de 15 ECA incluyendo a 5.159 pacientes que se someten a hernioplastia. No se realiza estratificación por riesgo. Concluyen a favor del empleo de la profilaxis antibiótica con el empleo de betalactámicos + inhibidores de la betalactamasa, RR 0,44 IC (0,25-0,75) o cefalosporinas de primera generación, RR IC (0,44-0,92). Se calcula un NNT de 29 con el empleo de betalactámicos + inhibidores de la betalactamasa y de 43 cuando se emplean cefalosporinas de 1ª generación. En 2018 se publica la Guía Internacional para el manejo de la hernia inguinal. Se analizan 17 ECA con un total de 5709 pacientes. Se estratifica según el riesgo del entorno estableciendo un entorno de bajo riesgo cuando el % de infección del sitio quirúrgico es 5%. Además, se enumeran una serie de factores de riesgo individuales de infección de sitio quirúrgico. Considerando el riesgo del entorno y el riesgo individual de los pacientes, se establece con un grado de recomendación fuerte, que en los entornos de bajo riesgo con un riesgo individual bajo o moderado, no está indicado el empleo de profilaxis antibiótica, OR 0,72, IC (0,42-1,24) con un NNT de 158. No existe consenso claro en cuanto a los pacientes considerados de “alto riesgo” en un entorno de bajo riesgo, aunque en la práctica clínica habitual sí se administra profilaxis antibiótica a estos pacientes. En los entornos de alto riesgo sí que está justificado el empleo de profilaxis antibiótica con independencia del riesgo individual del paciente con un OR 0,49, IC (0,33-0,74) y un NNT 24.

Conclusiones: Necesidad de mejorar el cuidado perioperatorio de los pacientes en aquellos entornos de alto riesgo. Betalactámicos + inhibidores > cefalosp. 1ªG > resto. ¿Es necesaria la profilaxis antibiótica? Pacientes de bajo riesgo en entorno de bajo riesgo: no. Pacientes de alto riesgo en entorno de bajo riesgo: sí. En entorno

de alto riesgo: sí.