



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirurgia



Editorial

Infección de la herida quirúrgica en cirugía colorrectal. ¿Dónde está la realidad?

Infection wounds in colorectal surgery. Where is the reality?

La SSI (*surgical site infection* 'infección del sitio quirúrgico', antes denominada infección de la herida quirúrgica) es la tercera causa de infección adquirida en el hospital y la primera en pacientes quirúrgicos. Conocemos de sobra el importante impacto que tiene en la morbimortalidad de nuestros pacientes, así como los altos costes que comporta.

La SSI de los pacientes a los que se les realiza cirugía colorrectal ha sido durante años motivo de estudio específico, pero a pesar de eso hoy aún hay una gran discrepancia en cuanto a su verdadera incidencia, y se publican cifras que van desde un 3 a un 30%¹. Adicionalmente, no hay un claro consenso sobre los factores que contribuyen a la SSI de los pacientes a quienes se les realiza cirugía colorrectal.

Las autoridades sanitarias, junto con las distintas sociedades científicas implicadas, conocedoras de este importante problema, en los últimos años han instaurado programas específicos de registro y control de las SSI por todo el mundo, y la cirugía resectiva del colon y recto es una de sus principales dianas. Incluso es un indicador de calidad con un destacado peso en los servicios de cirugía.

Hace ya más de 20 años, los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) elaboraron la definición de SSI, que los sistemas de control de la infección de prácticamente todo el mundo adoptaron². Esta misma institución puso en marcha un programa denominado National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS), con el fin de monitorizar las infecciones nosocomiales en Estados Unidos, y estableció una estratificación basada en un sistema de puntuación, que toma el nombre de índice NNIS. Éste tiene en cuenta la puntuación de la American Society of Anesthesiologists (ASA), la clasificación de la herida, la duración de la cirugía y si ésta se ha realizado por vía laparoscópica³.

El problema empieza a surgir cuando se publican los primeros datos; si bien en la literatura médica las cifras de SSI rondan entre el 26 y el 43%, el CDC-NNIS comunica datos por debajo del 12%⁴. En España disponemos de algunos datos muy básicos, que nos orientan sobre el lugar en el que nos encontramos. Por ejemplo, el Proyecto Nacional para la Gestión Clínica de Procesos Asistenciales para el Cáncer Colorrectal arrojó cifras de SSI cercanas al 20% y las disgregó

de las fugas anastomóticas y la infección intraabdominal (lo que es incorrecto), con lo que podría dar cifras de SSI aun mayores⁵.

Es más, se ha demostrado que los porcentajes varían en función de cómo se defina la SSI. Un estudio observacional prospectivo que incluyó a más de 4.000 pacientes operados en una misma institución, mostró una gran disparidad en los porcentajes de SSI, dependiendo de la definición utilizada (CDC, NINSS, ASEPSIS score o presencia de exudado purulento exclusivamente), que podía variar entre un 6,8% y un 19,2% según se empleara uno u otro criterio⁶.

Otro aspecto para tener en cuenta es la potencial ausencia de registros de las SSI tras el alta hospitalaria⁷.

La impresión de todos es que los índices actuales de SSI en cirugía colorrectal son mayores que los publicados por el CDC-NNIS. Aun más, en la literatura médica hay múltiples artículos publicados, con el objetivo de alcanzar estas cifras mediante la instauración de programas específicos de control, sin alcanzar los límites recomendados por los CDC.

¿Qué ocurre, por tanto?, ¿dónde radica el fallo?, ¿debemos adoptar esas cifras como el objetivo por conseguir? o, por lo contrario, ¿deberíamos establecer uno propio nacional?

La gran variabilidad de los datos del NNIS se puede deber a varios factores: la propia definición de SSI, el personal que declara el caso como infectado (enfermera frente a cirujano), los períodos de seguimiento e inclusión de casos tras cirugía (14 frente a 30 días), la inclusión de unos procedimientos y otros no, etc. No pasa desapercibido para los cirujanos lo simplista que resulta el índice, ya que no tiene en cuenta múltiples parámetros que han demostrado ser muy importantes para su desarrollo, como el estado nutricional del paciente (obeso frente a desnutrición) y la enfermedad por la que se opera. Así, el elevado índice de masa corporal y la hipotensión intraoperatoria resultaron factores predictores de SSI independientes en algunos estudios⁷.

Por tanto, ¿qué podemos hacer? La solución pasa por tomar consciencia no sólo en lo particular, sino también en lo institucional, de manera que las sociedades científicas trabajen codo a codo con las administraciones sanitarias y emprendan un ambicioso programa de registro de las SSI en

cirugía colorrectal. Para esto, se deben constituir comisiones multidisciplinarias que establezcan unos parámetros comunes de control y registro, que eviten la variabilidad y la dispersión. Al contrario que el índice NISS, con notificación voluntaria y personal, éste debiera realizarse de forma obligatoria. Al principio, lo ideal es conseguir el compromiso de unos pocos centros que representen a todo el país y posteriormente hacerlo universal.

Sin duda, la implicación de cada cirujano en su propia casuística al auditar los casos declarados como infección, así como al establecer un diálogo fluido con los responsables del control de las SSI permitirá mejorar localmente sus cifras, y acercarlas más a la realidad.

Estamos seguros de que el futuro deparará una disminución de estas cifras, como consecuencia de la práctica de muchos más procedimientos mediante técnicas mínimamente invasivas, la implementación de programas de rehabilitación multimodal, etc. Pero, al mismo tiempo, será cada vez más difícil la comparación de cifras y su estratificación con un índice tan simplista.

Como dijo Isaac Asimov: «Negar un hecho es lo más fácil del mundo. Mucha gente lo hace, pero el hecho sigue siendo un hecho». Por tanto, debemos sustituir el hecho actual, que creemos que no se asemeja a la realidad, por otro que nos permita afirmar con seguridad dónde está la verdadera realidad de la SSI en la cirugía colorrectal, y para esto nos queda mucho trabajo por hacer.

BIBLIOGRAFÍA

1. Smith RL, Bohl JK, McElearnay ST, Friel CM, Barclay MM, Sawyer RG, et al. Wound infection after elective colorectal resection. *Ann Surg.* 2004;239:599-605.
2. Mangran AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. Guideline for the prevention of surgical site infection, 1999. Centers for disease control practices advisory committee. *Am J Infect Control.* 1999;27:97-132.
3. Emori TG, Culver DH, Horan TC. National nosocomial infections surveillance system (NNIS): Description of surveillance methods. *Am J Infect Control.* 1991:19-35.
4. Wick EC, Gibbs L, Ann Indorf L, Varma MG, García-Aguilar J. Implementation of quality measures to reduce surgical site infection in colorectal patients. *Dis Colon Rectum.* 2008;51:1004-9.
5. Ruiz-López P, Alcalde J, Rodríguez-Cuellar E, Landa I, Jaurrieta E. Proyecto Nacional para la Gestión Clínica de Procesos Asistenciales Tratamiento Quirúrgico del Cáncer Colorrectal I. Aspectos generales. *Cir Esp.* 2002;71:173-80.
6. Wilson APR, Gibbons C, Reeves BC, Hodgson B, Liu M, Plummer D, et al. Surgical wound infection as a performance indicator: Agreement of common definitions of wound infection in 4773 patients. *BMJ.* 2004;329:720.
7. Smith RL, Bohl JK, McElearnay ST, Friel CM, Barclay MM, Sawyer RG, et al. Wound infection after elective colorectal resection. *Ann Surg.* 2004;239:599-607.

Fernando de la Portilla de Juan

Miembro de la Asociación Española de Coloproctología
Unidad Clínica de Coloproctología, Hospital Juan Ramón Jiménez,
Huelva, España
Correos electrónicos: delaportilla@ucphuelva.com,
delaportilla@ya.com

Eva María León Jiménez

Miembro de la Asociación Andaluza de Enfermedades Infecciosas
Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas, Hospital
Universitario de Valme, Sevilla, España

0009-739X/\$ - see front matter

© 2009 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los
derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2009.05.008