



O-232 - EFECTO DE LA PROFILAXIS TÓPICA SOBRE LA TASA DE INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA Y LA PRESENCIA DE BACTERIAS MULTIRESISTENTES

S. Amador Gil¹, M. Juvany Gómez¹, X. Guirao Garriga¹, G. Prats Pastor², M. Amillo Zaragüeta¹, A. Ciscar Belles¹, G. Franch Arcas³, R. Hernando Tavira¹, D. Ribé Serrat¹, X. Mira Alonso¹ y J.M. Badia Pérez¹

¹Hospital General, Granollers. ²Hospital Vall d'Hebron, Barcelona. ³Hospital Universitario, Salamanca.

Resumen

Introducción: A pesar de la aplicación de los protocolos de prevención de la infección incisional del espacio quirúrgico (IIEQ) y del tratamiento antibiótico sistémico, la incidencia de IIEQ después de la cirugía sucia urgente sigue siendo alta (40%). La profilaxis antibiótica tópica (PAT) podría mejorar las condiciones farmacodinámicas del antibiótico y disminuir la incidencia de la IIEQ. Sin embargo, se desconoce su efecto sobre la selección de bacterias multiresistentes.

Objetivos: Analizar el efecto de la PAT en la incidencia de IIEQ y la selección de bacterias resistentes en pacientes intervenidos por peritonitis y las causas de inadecuación del tratamiento antibiótico.

Métodos: En un estudio de cohorte retrospectivo (2007-2012) sobre pacientes intervenidos por peritonitis apareados por edad, origen de la peritonitis, comorbilidad e índice de NNIS, se ha comparado la incidencia de IIEQ en 2 grupos: los que recibieron antibiótico tópico (bien con amoxicilina-clavulánico, AMC, 1 g/500 mL SF o bien piperacilina-tazobactam, PTZ, 4 g/500 mL SF) y otro grupo que no recibió profilaxis tópica. Se han analizado las causas de inadecuación del tratamiento antibiótico sistémico y tópico en cada grupo. Se ha aplicado el test de chi-cuadrado con corrección de Fisher para la comparación de variables cualitativas y se ha calculado el riesgo relativo (RR) de la aparición de IIEQ así como los intervalos de confianza del 95% (IC).

Resultados: Cincuenta y ocho pacientes con PAT (22 con AMC, 36 con PTZ) se aparearon con 58 controles. El foco de infección intraabdominal en cada cohorte fue apendicular en 48%, colónico 23%, biliar 12% intestino delgado 10% y gastroduodenal 7%. La tasa de infección del sitio quirúrgico global fue del 42,6% (33,6% de IISQ y 9% de órgano-espacio). El grupo de PAT presentó una incidencia significativamente menor de IISQ que el no-PAT (22% vs 45%, $p = 0,011$). El RR de presentar infección de herida, habiendo recibido profilaxis tópica, fue 0,50 (IC95%, 0,286-0,873). En el grupo PAT se observaron 13 IISQ, en todos los casos se tomaron cultivos. En el grupo no-PAT sólo se practicaron 19 cultivos de 26 IISQ. En el grupo PAT, hubo 4 pacientes con cultivos positivos inadecuados según antibiograma al tratamiento sistémico y 5 inadecuados al tratamiento tópico, mientras que en el grupo no-PAT se observaron 4 cultivos inadecuados al tratamiento sistémico. Las causas de inadecuación en el grupo no-PAT fueron variables (*S. epidermidis* resistente a penicilina, *E. coli* resistente a AMC, *K. pneumoniae* resistente a PTZ, *E. coli* y *M. morgagni* resistentes a AMC), mientras que en el grupo PAT se observó una gran prevalencia de *E. faecium* resistente a penicilina

(3 de 4 causas de inadecuación al tratamiento sistémico y 4 de 5 al tratamiento tópico).

Conclusiones: La aplicación de profilaxis antibiótica tópica disminuye la tasa de infección postoperatoria en pacientes con peritonitis. Las causas de inadecuación de la profilaxis tópica se relacionan con la presencia de *E. faecium* resistente a los antibióticos beta-lactámicos.