
ANTIBIOTICOTERAPIA PROFILÁCTICA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

LUIS LEVEL
SILVIA PIÑANGO
YUBISAY AVARIANO

PROPHYLACTIC ANTIBIOTIC THERAPY IN BARIATRIC SURGERY

RESUMEN

Objetivo: Describir la experiencia de nuestro grupo con el esquema de antibioticoterapia profiláctica en pacientes sometidos a cirugía bariátrica.

Métodos: Trabajo prospectivo y descriptivo, con una población de 164 pacientes sometidos a cirugías bariátricas primarias y revisionales en el lapso enero 2014 - diciembre 2015 en el Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño y Clínica Santa Sofía, Caracas, Venezuela.

Resultados: Se reporta una incidencia de 0 % de infecciones bajo el esquema de antibioticoterapia profiláctica descrito para cirugía bariátrica en las guías internacionales.

Conclusión: La antibioticoterapia profiláctica es una práctica segura y efectiva en la prevención de infecciones en pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Recomendamos su uso y difusión en nuestra comunidad quirúrgica bajo los esquemas aceptados internacionalmente.

Palabras clave

Cirugía bariátrica, antibióticos, profilaxis, bypass gástrico, gastrectomía vertical, infecciones.

ABSTRACT

Objective: To describe our experience with a standard scheme of prophylactic antibiotic therapy in patients undergo to bariatric surgery.

Methods: Prospective and descriptive clinical trial, including 164 patients undergo to primary and review bariatric surgeries between January 2014 and December 2015 at Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño and Clínica Santa Sofía. Caracas, Venezuela.

Results: We report 0 % incidence of infections with the scheme of prophylactic antibiotic therapy recommended for bariatric surgery in international guides.

Conclusion: Prophylactic antibiotic therapy is safe and effective preventing infections in patients undergo to bariatric surgery. We recommend the use and diffusion in our surgical community under schemes accepted internationally.

Key words

Bariatric surgery, antibiotics, prophylaxis, gastric bypass, sleeve gastrectomy, infections

Programa de Cirugía Bariátrica BAROSALUD. Clínica Santa Sofía. Caracas, Venezuela.

Unidad de Cirugía Bariátrica del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. Caracas, Venezuel

Luis Level. Email: levelluis@yahoo.com

La cirugía bariátrica ha experimentado un auge impresionante en los últimos años, surgiendo como una respuesta efectiva a la principal pandemia de este siglo, la obesidad. Agrupa una serie de procedimientos quirúrgicos, los cuales, dependiendo de si hay o no apertura del tubo digestivo, pueden catalogarse como cirugías limpias o limpias contaminadas¹.

Los principales factores de riesgo para infecciones en estos pacientes lo constituyen la obesidad en si misma, una duración de la cirugía mayor a 3 horas, la pérdida sanguínea, ASA mayor de 3 y la administración tardía de antibióticos²⁻⁶. Los gérmenes más frecuentes aislados en infecciones de cirugías gastrointestinales incluyen bacilos gram negativos, Staphylococcus aureus y estreptococos³. La tasa de infecciones del sitio quirúrgico en bypass gástrico oscila entre 0,4 y 1,2 %^{5,6}.

El uso indiscriminado de antibióticos genera un aumento de la resistencia bacteriana. Múltiples estudios demuestran que la administración profiláctica de una dosis única de antibiótico antes de la cirugía da iguales resultados que administrar múltiples dosis. Por este motivo se recomienda el uso de una dosis única preoperatoria (grado de recomendación A)².

Definimos profilaxis como la administración de una dosis única de antibiótico dentro de la primera hora antes de la cirugía. Definimos infección como aquel evento que ocurre dentro del primer mes después de la cirugía y que está caracterizado por una descarga purulenta a través de la herida quirúrgica, con signos de flogosis, reporte de cultivo positivo y que sea diagnosticado por el cirujano u otro especialista¹².

Esta investigación se basa en la descripción de nuestra experiencia con el uso de antibioticoterapia profiláctica en pacientes sometidos a cirugía bariátrica según esquemas de guías internacionales^{1,2,8}.

MÉTODOS

Se realizó un trabajo clínico prospectivo y descriptivo con un universo de 164 pacientes sometidos a procedimientos bariátricos primarios y revisionales, realizados en el Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño y la Clínica Santa Sofía, en el periodo comprendido entre enero de 2014 y diciembre de 2015, con un seguimiento del 100 % de los pacientes hasta un mes luego de la cirugía mediante consulta o contacto telefónico.

Criterios de inclusión

- Pacientes evaluados por consulta con índice de masa corporal (IMC) > 40 Kg/m² ó > 35 Kg/m² con comorbilidades asociadas.
- Edad entre 17 y 65 años.
- Cirugía aprobada por equipo multidisciplinario.
- Consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Fumadores.

- Dependencia de alcohol, fármacos e ilícitos.
- Patología psiquiátrica.
- Contraindicado por equipo multidisciplinario.

Se utilizó el siguiente esquema de antibioticoterapia profiláctica^{2,7}:

- Cefazolina sódica o cefalotina sódica 2 gr IV a pacientes <120 Kg y 3 gr IV a pacientes >120 Kg.
- Alternativa: clindamicina 900 mg IV.
- Administrados en un lapso no mayor a una hora antes de la cirugía.
- Redosificar en cirugía con duración mayor a 3 horas.
- No se indicó antibióticos IV durante la hospitalización.
- No se indicó antibióticos vía oral en el tratamiento ambulatorio.

RESULTADOS

De la población estudiada, se reporta 87,9 % de mujeres y 12,1 % de hombres (Gráfico 1). La edad mínima fue de 20 años y la máxima de 61 años con una media de 37,6 años. El peso mínimo fue 85 Kg y el máximo 196 Kg con una media de 110,98 Kg. La estatura mínima fue 1,47 m. y la máxima 1,87 m con una media de 1,62 Kg. El IMC mínimo fue de 35 Kg/m² y el máximo 60,5 Kg/m² con una media de 42,05 Kg/m² (Tabla 1).

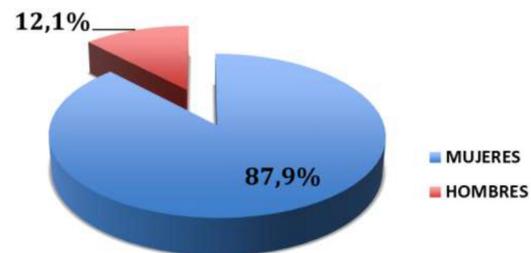


Gráfico 1 DISTRIBUCIÓN POR SEXO

	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA
EDAD (años)	20	61	37,6
PESO (Kg)	85,5	196	110,98
TALLA (m)	1,47	1,87	1,62
IMC (Kg/m ²)	31,3	60,5	42,05

Según el grado de obesidad, 3,6% de los pacientes tenían obesidad grado I, 29,2% obesidad tipo II, 57,9% obesidad tipo III, 73% eran superobesos y 1,8% supersuperobesos (Gráfico 2).

De acuerdo al tipo de cirugía, 73,8% fueron bypass gástricos laparoscópicos en Y de Roux, 25% gastrectomías verticales laparoscópicas y 1,2% correspondieron a cirugías revisionales laparoscópicas (Gráfico 3).

El tiempo quirúrgico fue registrado de la siguiente manera: 90,2 % de las cirugías duraron menos de 2 horas, 8,53 % de las



Gráfico 2 DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE OBESIDAD

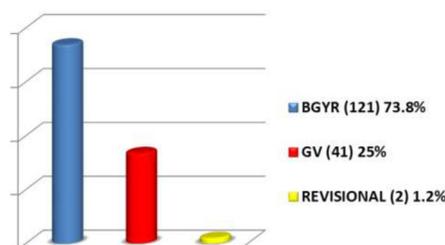


Gráfico 3 DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE CIRUGÍA

cirugías duraron de 2 a 3 horas y 1,21 % de las cirugías duraron más de 3 horas (Tabla 2). El 100 % de los pacientes permanecieron hospitalizados durante 2 días (Tabla 3).

Se dejó drenaje de silastic tipo aspirativo cerrado en 62,8 %

	PACIENTES	PORCENTAJE
<2 HORAS	148	90,2 %
2-3 HORAS	14	8,53 %
>3 HORAS	2	1,21 %

	PACIENTES	PORCENTAJE
2 DÍAS	164	100 %
3 DÍAS	0	0 %
>4 DÍAS	0	0 %

	PACIENTES	PORCENTAJE
SI	103	62,8 %
NO	61	37,2 %

	PAC.	TIPO	TASA
INTRAOP.	1	ESTENOSIS G-Y RECONFECCIÓN	0,6 %
INMEDIATAS	1	SANGRADO Y-Y REINTERVEN	0,6 %
MEDIATAS	0	----	0 %
TARDÍAS	0	----	0 %
MÉDICAS	0	----	0 %
INFECCIÓN SITIO QX	0	----	0 %
MORTALIDAD	0	----	0 %

de los casos y no se colocó en 37,2% de los mismos (Tabla 4).

En lo que respecta a las complicaciones, se registró un 0,6 % de complicaciones intraoperatorias, a propósito de un caso en el cual fue necesaria la reconfección de la gastroyeyuno anastomosis por estenosis de la misma; y un 0,6 % de complicaciones inmediatas dada por un caso de

reintervención por sangrado de la yeyuno-yeyuno anastomosis. No se registraron infecciones del sitio quirúrgico y la mortalidad fue del 0 % (Tabla 5).

DISCUSIÓN

La antibioticoterapia profiláctica ha demostrado ampliamente ser un método seguro y efectivo para la prevención de infecciones en cirugía gastrointestinal, incluyendo cirugía bariátrica.

Los esquemas de tratamiento basados en guías internacionales tienen un grado de recomendación A^{1,2}. Su implementación en cirugías limpias como la gastrectomía vertical laparoscópica y en cirugías limpias contaminadas como el bypass gástrico en Y de Roux por laparoscopia resulta en una muy baja tasa de complicaciones infecciosas, tal y como se observa en nuestro estudio.

Manejar pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica con una sola dosis de antibiótico preoperatorio sin más tratamiento durante su hospitalización ni al egreso, puede representar el desmontar un verdadero paradigma, “mientras más antibióticos, mejor”. Son cirugías largas y complejas en pacientes de riesgo, lo cual provoca excepticismo en nuestra comunidad quirúrgica; sin embargo, consideramos importante difundir esta evidencia lo cual redundará en beneficio de nuestros pacientes al disminuir la aparición de resistencia bacteriana por el uso indiscriminado y muchas veces injustificado de los antibióticos. Igualmente importante es recordar que el antibiótico nunca va a sustituir la correcta aplicación de las normas de asepsia y antisepsia, así como también, una técnica quirúrgica adecuada.

REFERENCIAS

1. American Society of Health-System Pharmacists. ASHP therapeutic guidelines on antimicrobial prophylaxis in surgery. *Am J Health-Syst Pharm* 1999; 56:1839-1888.
2. Dale W. Bratzler, e. Patchen Dellinger. *American Journal of Health-System Pharmacy* February 1, 2013 Vol. 70 (3) 195-283.
3. Cruse PJ, Foord R. The epidemiology of wound infection: a ten-year prospective study of 62,939 wounds. *Surg Clin North Am* 1980; 60: 27-40.
4. Watanabe A, Kohnoe S, Shimabukuro R, et al. Risk factors associated with surgical site infection in upper and lower gastrointestinal surgery. *Surg Today* 2008; 38:404-412.
5. Fischer MI, Dias C, Stein AT, Guardiola-Meinhardt N, Heineck I. Antibiotic prophylaxis in obese patients submitted to bariatric surgery. A systematic review. *Acta Chir Bra* 2014 Vol. 29 (3) 209 - 217.
6. Christou NV, Jarand J, Sylvestre JL, et al. Analysis of the incidence and risk factors for wound infections in open bariatric surgery. *Obes Surg* 2004; 14:16-22.
7. Pories WJ, Van Rij AM, Burlingham BT et al. Prophylactic cefazolin in gastric bypass surgery. *Surgery* 1981; 90: 426-32.
8. Sauerland S, Angrisani L, Belachew M, et al. Obesity surgery. Evidence-based guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES). *Surg Endosc* 2005; 19: 200-221.