



## Editorial

### LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES DEL SITIO QUIRÚRGICO EN CIRUGÍA COLORRECTAL: NOVEDADES Y CRITERIOS DE RECOMENDACIÓN.

PREVENTION OF SURGICAL SITE INFECTIONS IN COLORECTAL SURGERY:  
NEW DEVELOPMENTS AND RECOMMENDATION CRITERIA.

 José María Rumbo- Prieto<sup>1,2</sup>.

(1) Unidad de Soporte al Conocimiento (USCO). Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol (España)

(2) Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad de A Coruña (UDC).

 <https://orcid.org/0000-0002-2085-4551>

**Fecha de recibido:** 27/11/2025 - **Fecha de aceptación:** 27/11/2025 - **Fecha de publicación en línea:** 28/11/2025. Correspondencia a: [jmrumbo@gmail.com](mailto:jmrumbo@gmail.com)

**Citar como:** Rumbo-Prieto JM. La prevención de infecciones del sitio quirúrgico en cirugía colorrectal: novedades y criterios de recomendación. Rev Cir Gal. 2025; 9(13): e1-e4. Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons BY-NC-ND: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

#### EDITORIAL:

Una infección del sitio quirúrgico (ISQ) se define como una infección de la incisión (ISQ superficial), del tejido subcutáneo (ISQ profunda) o dentro de la cavidad abdominal (ISQ del espacio del órgano). La ISQ representa más del 20 % de todas las infecciones asociadas a la atención médica y es la infección más común después de la cirugía. En comparación con otras subespecialidades quirúrgicas, los pacientes sometidos a cirugía colorrectal tienen el mayor riesgo de desarrollar una ISQ, con una incidencia estimada del 5 % al 30 %, mientras que los pacientes sometidos a cirugía colorrectal de urgencia con perforación de colon tienen una incidencia de ISQ de hasta el 80 % (1,2).

Las medidas de prevención de la ISQ incluyen estrategias institucionales que agrupan múltiples procesos relacionados con la optimización preoperatoria de pacientes de alto riesgo y las intervenciones perioperatorias

para reducir la carga bacteriana y prevenir la contaminación.

Recientemente, en 2024, la Sociedad Americana de Cirujanos de Colon y Recto (ASCRS) ha publicado una guía de consenso para prevenir las ISQ con el propósito de resumir la evidencia sobre la prevención de la ISQ en la práctica de la cirugía colorrectal (2). Si bien sus recomendaciones y pautas no son prescriptivas, estas directrices proporcionan información sobre las decisiones que se pueden tomar y no imponen un tratamiento específico. Estas pautas están dirigidas a todos los profesionales, profesionales de la salud y pacientes que deseen información sobre la prevención de infección en el ISQ asociado a cirugía colorrectal y no deben considerarse excluyentes de todos los métodos adecuados de atención ni de los métodos razonablemente dirigidos a obtener los mismos resultados. De forma resumida, las pautas de recomendación que se han evidenciado se describen en la Tabla I.

Recomendación de evidencia	Calidad de la evidencia (sistema GRADE)	Fuerza de la recomendación (sistema GRADE)
La implementación de un procedimiento del valoración del riesgo de ISQ en pacientes sometidos a cirugía colorrectal puede disminuir la incidencia.	Moderada	Fuerte
Los antibióticos orales en combinación con la preparación mecánica del intestino disminuyen la incidencia de ISQ después de una resección colorrectal electiva.	Moderada	Fuerte
En circunstancias en las que la preparación mecánica del intestino está contraindicada o se omite por algún motivo, la preparación antibiótica oral preoperatoria por sí sola puede reducir la incidencia de ISQ.	Moderada	Condicional
Ducharse con clorhexidina antes de la cirugía colorrectal no afecta significativamente las tasas de ISQ.	Moderada	Fuerte
Se puede recomendar dejar de fumar antes de la cirugía para reducir el riesgo de ISQ.	Moderada	Condicional
El día de la cirugía colorrectal, los pacientes deben depilarse la zona quirúrgica con una maquinilla o no depilarse. Se desaconseja afeitarse con maquinilla o navaja antes de la cirugía.	Moderada	Fuerte
Los pacientes sometidos a resección colorrectal deben recibir antibióticos parenterales dentro de los 60 minutos posteriores a la incisión. La dosificación y la redosificación deben basarse en el perfil farmacocinético del antibiótico.	Baja	Fuerte
Los pacientes con sospecha de alergia a la penicilina deben ser valorados para detectar hipersensibilidad real y reacciones de alto riesgo a la penicilina. Desetiquetar a un paciente alérgico a la penicilina puede facilitar el uso adecuado de un antibiótico betalactámico profiláctico preoperatorio y mejorar los resultados.	Baja	Condicional

Para la mayoría de los casos de cirugía limpia y limpia-contaminada, los antibióticos parenterales profilácticos deben limitarse a las primeras 24 horas después de la operación.	Moderada	Fuerte
Generalmente se recomienda limpiar el sitio quirúrgico con una preparación a base de clorhexidina y alcohol para pacientes que se someten a cirugía colorrectal.	Moderada	Fuerte
La hiperglucemia el día de la cirugía y en el postoperatorio inmediato puede aumentar el riesgo de ISQ después de una resección colorrectal electiva.	Moderada	Condicional
Mantener la normotermia intraoperatoria puede disminuir la incidencia de ISQ en pacientes sometidos a cirugía colorrectal.	Baja	Condicional
No se recomienda de forma rutinaria el oxígeno altamente fraccionado para prevenir la ISQ.	Moderada	Condicional
Los productos de protección para heridas pueden disminuir la incidencia de ISQ después de la cirugía colorrectal.	Alta	Fuerte
La cirugía colorrectal mínimamente invasiva puede disminuir la incidencia de ISQ en comparación con la cirugía abierta.	Alta	Fuerte
No se recomiendan los agentes antimicrobianos tópicos aplicados a la incisión quirúrgica.	Baja	Fuerte
La terapia de presión negativa para incisiones principalmente cerradas puede disminuir la incidencia de ISQ.	Moderada	Condicional
Los apósitos de cura húmeda impregnados con plata o antimicrobianos no se recomiendan de forma rutinaria para heridas limpias o limpias-contaminadas después de la cirugía colorrectal.	Moderada	Condicional

**Tabla 1:** Recomendaciones de evidencia para prevenir la ISQ en cirugía colorectal. (1,2).

La guía de la ASCRS es contundente al desaconsejar prácticas rutinarias que no han demostrado beneficio claro, lo cual es vital para

la eficiencia de los recursos hospitalarios(1). Específicamente, no se recomienda el uso rutinario de oxígeno altamente fraccionado ni la aplicación de agentes antimicrobianos tópicos directamente en la incisión quirúrgica. En cuanto al manejo avanzado de la herida cerrada, aunque los apósitos impregnados en plata no se aconsejan de forma rutinaria, surge una ventana de oportunidad con la terapia de presión negativa en incisiones cerradas, la cual recibe una recomendación condicional para disminuir la incidencia de ISQ(3). Finalmente, se refuerza la recomendación de valorar el cese del hábito tabáquico previo a la intervención como una estrategia integral de reducción de riesgo(1).

Asimismo, el análisis de las nuevas directrices pone de manifiesto que la prevención de la ISQ trasciende el campo quirúrgico inmediato, extendiéndose al control fisiológico sistémico. Se destaca la importancia de mantener la normotermia intraoperatoria y evitar la hiperglucemia perioperatoria como medidas condicionales pero relevantes para reducir el riesgo infeccioso(1, 2). Un hallazgo de particular interés para la gestión clínica es la recomendación sobre la 'desetiquetación' de pacientes con supuesta alergia a la penicilina; confirmar o descartar esta hipersensibilidad permite optimizar la profilaxis con antibióticos betalactámicos, mejorando potencialmente los resultados(4). Además, en aquellos casos donde se deba omitir la preparación mecánica intestinal, la evidencia sugiere que el uso aislado de antibióticos orales preoperatorios sigue ofreciendo un beneficio en la reducción de tasas de ISQ(5).

En conclusión, basándonos en la evidencia revisada(1,2,6), es imperativo destacar las intervenciones con un grado de recomendación fuerte que deberían priorizarse en los protocolos institucionales:

- Profilaxis combinada: El uso de antibióticos orales junto con la preparación mecánica del intestino en cirugía electiva ha demostrado disminuir la incidencia de ISQ (5).
- Manejo intraoperatorio: La adopción de cirugía mínimamente invasiva y el uso de

protectores de heridas son estrategias de alta eficacia(7). Asimismo, la administración de antibióticos parenterales debe realizarse estrictamente dentro de los 60 minutos previos a la incisión y limitarse a las 24 horas postoperatorias en casos limpios o limpio-contaminados(8).

- Cuidados de la piel: Se recomienda la preparación del sitio con clorhexidina alcohólica y se desaconseja el rasurado con maquinilla, optando por el corte de vello o la no depilación(8).

Es fundamental señalar que ciertas prácticas tradicionales, como la ducha preoperatoria con clorhexidina o el uso rutinario de apósitos de plata, no han mostrado un impacto significativo en la reducción de tasas de ISQ según la evidencia actual(2,9).

Finalmente, aunque estas directrices proporcionan una base sólida basada en la evidencia, no son prescriptivas ni deben considerarse mandatos excluyentes. El juicio final sobre la idoneidad de cualquier procedimiento recae invariablemente en el cirujano responsable, quien debe valorar las circunstancias individuales de cada paciente para aplicar estos métodos de forma segura y eficaz.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Holubar SD, Hedrick TL, Gupta A, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection. Dis Colon Rectum. 2023;66(6):702-721.
2. Irani JL, Hedrick TL, Miller TE, Lee L, Steinhagen E, Shogan BD, Goldberg JE, Feingold DL, Lightner AL, Paquette IM. Clinical practice guidelines for enhanced recovery after colon and rectal surgery from the American Society of Colon and Rectal Surgeons and the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons. Surg Endosc. 2023;37(1):5-30.
3. Bolton L. Negative Pressure Wound Therapy in Closed Colorectal Surgical Incisions: A Systematic Review and Meta-Analysis. Wounds. 2023;35(11):E97-E102.

4. Jeffery AJ, Sideris M, Pinder R, et al. Impact of penicillin allergy labels on surgical site infections in a large UK cohort of gastrointestinal surgery patients. *J Hosp Infect.* 2024;144:110-117.
5. Nelson RL, Gladman E, Barbateskovic M. Preoperative combined mechanical and oral antibiotic bowel preparation for preventing complications in elective colorectal surgery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;2019(5):CD014909. Actualizado 2022.
6. Cortés JA, Valderrama-Rios MC, Torregrosa-Almonacid L, et al. Guía de práctica clínica para la prevención de la infección del sitio quirúrgico. *Infectio.* 2023;27(4):230-262.
7. Schripsema DL, Tan WHR, Dijkstra EA, et al. Laparoscopic surgery reduces the incidence of surgical site infections compared to the open approach for colorectal procedures: a meta-analysis. *Tech Coloproctol.* 2020;24(12):1231-1240.
8. Proyecto Infección Quirúrgica Zero (IQZ). Documento de consenso: Protocolo de prevención de infección de sitio quirúrgico. Madrid: Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria; 2017.
9. Molina C, García-Pardo J, Sánchez M. Medidas de prevención de la infección del sitio quirúrgico en cirugía abdominal. Revisión crítica de la evidencia. *Cirugía Española.* 2014;92(1):31-41.