

PROTOCOLO “INFECCIÓN CERO” EN LA IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVOS DE ESTIMULACIÓN DE CORDONES POSTERIORES

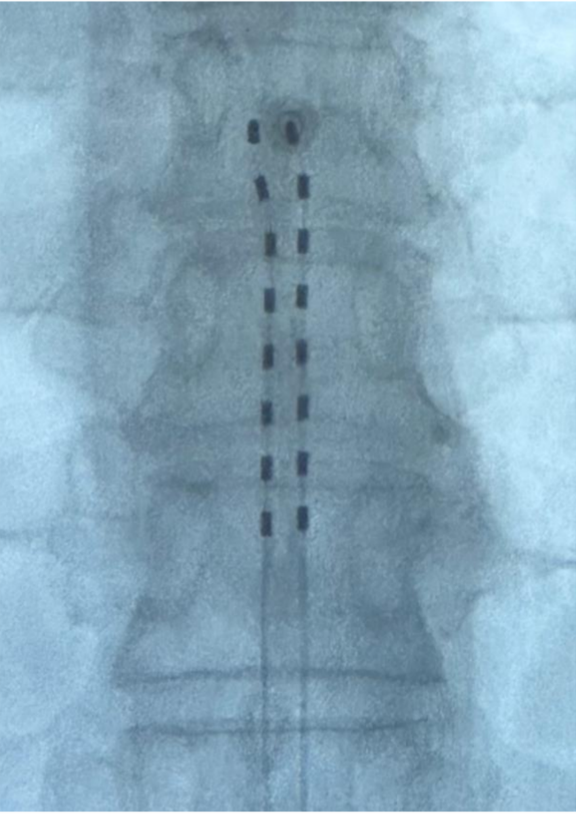
García López, Carmen; Gómez Rodríguez, Luis; Arroyo Iglesias, Elena; Serrano Hernando, Paula; Morillas Sendín, Paloma; Blanco Aceituno, Javier; Alonso Chico, Ángel Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor. Hospital General Universitario Gregorio Marañón



INTRODUCCIÓN

Una de las complicaciones de la estimulación de los cordones posteriores (SCS) es la infección relacionada con la implantación. Puede alterar la respuesta al tratamiento, llegando incluso a necesitarse la retirada del dispositivo¹.

Distintos estudios estiman una **incidencia de infección tras la SCS entre 3 y 4,6%**. Ha disminuido por mejoría de las técnicas y estrategias preventivas. Además, **factores de riesgo clásicos para la infección del sitio quirúrgico no son extrapolables** a la SCS¹.



OBJETIVOS

Estudiar las infecciones de SCS en la Unidad del Dolor del HGUGM en el periodo 2015-2025.

MÉTODOS

Actualmente no realizamos despistaje de Staphylococo ni tratamiento con mupirocina en caso de SARM. Las medidas de profilaxis infecciosa son las propias de **asepsia y antisepsia quirúrgicas**, la administración de **cefazolina profiláctica** 2 gramos 30 minutos previos al procedimiento (en alérgicos vancomicina 1 gramo), la colocación de un **apósito de clorhexidina en la externalización** de la extensión del electrodo clave, así como tratamiento con **trimetoprim-sulfametoxazol** 160/800mg durante el periodo de prueba.

Una vez se confirma la positividad del periodo prueba (7-10 días tras 1er tiempo), se cortan las extensiones, se retiran las grapas de la herida lumbar y se suspende la antibioterapia profiláctica.

RESULTADOS

De 2015 a 2025 sólo hay un caso de infección asociada a SCS localizada en las partes blandas del bolsillo quirúrgico, de un **total de 107 electroestimuladores** colocados.

DISCUSIÓN

La bibliografía sobre la prevención de la infección de SCS es escasa y la mayoría de las **recomendaciones** han sido **inferidas de otras disciplinas quirúrgicas** como el screening y decolonización de staphylococo aureus meticilin-resistente (SARM), la profilaxis con cefazolina y la oclusión estéril durante 24-48 horas. También recomiendan control glucémico, evitar el tabaquismo, el rasurado previo y posponer la intervención si hay otra infección activa en el momento; además de hacerse una correcta desinfección del sitio quirúrgico¹.

Sin embargo, respecto a la profilaxis antibiótica los datos son inconcluyentes en reducción de infecciones; así como sobre el cribado de portadores de SARM². Sí que el **uso de oclusión estéril en postoperatorio las disminuye significativamente**³.

CONCLUSIONES

Las **medidas preventivas para evitar la infección de SCS no son específicas del procedimiento** si no que se extrapolan de otros. Hay estudios que demuestran que los factores de riesgo clásicos asociados a infección de herida quirúrgica no son aplicables al SCS. **La evidencia más potente es la oclusión estéril en el postoperatorio**. Sería interesante realizar estudios prospectivos de las medidas para valorar su utilidad.

1. Falowski SM, Provenzano DA, Xia Y, Doth AH. Spinal Cord Stimulation Infection Rate and Risk Factors: Results From a United States Payer Database. Neuromodulation. 2019 Feb;22(2):179-189. doi: 10.1111/ner.12843. Epub 2018 Aug 17. PMID: 30117635; PMCID: PMC6585777.

2. Neurostimulation Appropriateness Consensus Committee (NACC). Recommendations for infection prevention and management. Neuromodulation 2017; 20:516.

3. Hoelzer BC, Bendel MA, Deer TR, et al. Spinal cord stimulator implant infection rates and risk factors: a multicenter retrospective study. Neuromodulation 2017; 20:558–62.