

Prefacio

«La puerta al templo de la sabiduría es el conocimiento de nuestra propia ignorancia.»

Benjamín Franklin

La batalla de la medicina contra la infección es tan antigua como la civilización misma. Durante los últimos siglos, grandes eruditos como Louis Pasteur, Ignaz Philipp Semmelweis, Alexander Fleming y Joseph Lister han transformado la práctica de la medicina a través de sus extraordinarios descubrimientos. A pesar de los avances y progresos obtenidos, nuestra misión de prevenir la infección después de la cirugía permanece incumplida. No es exagerado afirmar que muchos de los cirujanos tienen miedo a la infección en el momento que ingresan a una sala de operaciones.

En este sentido, la infección articular periprotésica (IAP), con todas sus desastrosas consecuencias, sigue planteando un desafío a la comunidad ortopédica. En la práctica, los cirujanos ortopédicos han hecho grandes esfuerzos para desarrollar estrategias que puedan minimizar la infección del sitio quirúrgico (ISQx). Aunque las evidencias de alto nivel pueden apoyar algunas de estas prácticas, muchas de ellas están basadas en poca o ninguna base científica. Por lo tanto, existe una notable variación en las prácticas mundiales para la prevención y tratamiento de IAP.

¿Debemos utilizar una sala de flujo laminar para una artroplastía electiva?, ¿qué antibiótico y a qué dosis debemos añadir a espaciadores de cemento?, ¿qué parámetros debemos usar para decidir sobre el momento óptimo de la reimplantación?, ¿cuáles son las indicaciones y contraindicaciones de la irrigación y el desbridamiento?, ¿cuánto desbridamiento o lavado-irrigación debe intentarse antes de considerar el retiro de una artroplastía? y ¿cuál es la mejor técnica de preparación de la piel antes de la cirugía? son algunas de las muchas preguntas que la comunidad ortopédica nos hacemos diariamente. Aunque algunos aspectos de nuestra práctica necesitan un mayor nivel de evidencia para apoyarlos, otros apenas están siendo sometidos a escrutinio de estudios controlados aleatorizados. Los esfuerzos para generar pruebas que apoyen estas prácticas pueden ser, en ocasiones, difíciles y laboriosos.

La comunidad médica entiende la importancia de los estudios con un alto nivel de evidencia y es por eso que se involucra siempre que le es posible. También, reconoce que hay algunas limitaciones en la práctica de la medicina para generarlos, además en ciertos casos ni se debe intentar. Con el reconocimiento de esto último, se

organizó el Encuentro Internacional de Consenso sobre la Infección Periprotésica. Los delegados de diversas disciplinas, incluidas la cirugía ortopédica, enfermedades infecciosas, patología músculo-esquelética, microbiología, anestesiología, medicina nuclear, dermatología, reumatología, radiología músculo-esquelética, cirugía veterinaria, farmacología y numerosos científicos con interés en las infecciones ortopédicas se reunieron para evaluar la evidencia disponible y consensar las prácticas actuales para prevenir y tratar las ISQx/IAP.

Este proceso ha durado 10 meses. Cada tema se convirtió en una búsqueda de evidencias para responder las preguntas que fueron planteadas. Para ello, se consultaron más de 3,500 publicaciones relacionadas con el tema. La evidencia fue evaluada cuando estuvo disponible; cuando no fue así, se tomó en cuenta la experiencia acumulada de los 400 delegados de 51 países y de más de 100 sociedades que se reunieron para llegar a un consenso en las prácticas que carecen de un mayor nivel de evidencia. Han contribuido enormemente a esta iniciativa los miembros de la *Musculoskeletal Infection Society* (MSIS) y de la *European Bone and Joint Infection Society* (EBJIS), cuya misión siempre ha sido mejorar la atención de pacientes con infecciones músculo-esqueléticas.

Los delegados participaron en todos y cada uno de los pasos del proceso mediante comunicaciones a través de una página web «social» generada para este fin, la cual permitió intercambiar más de 25,000 comunicaciones. El documento de consenso se desarrolló utilizando el método Delphi, bajo la dirección del Dr. Cats-Baril, un experto de renombre mundial en el desarrollo de consensos. Él diseñó un proceso que incluyó al mayor número posible de interesados y permitió la participación de múltiples foros, además proporcionó las facilidades para una revisión exhaustiva de la literatura. Los temas cubiertos fueron los siguientes: prevención y educación sobre las comorbilidades asociadas con un aumento de ISQx/IAP, preparación perioperatoria de la piel, utilización de antibióticos perioperatorios, entorno operativo, limitación del sangrado, selección de la prótesis, el diagnóstico de IAP, tratamiento de heridas, espaciadores, el lavado-irrigación y el desbridamiento, el tratamiento con antibióticos y el momento de la reimplantación, la revisión en una o dos etapas, el tratamiento de la ISP por hongos o gérmenes atípicos, la terapia con antibióticos orales y la prevención de la IAP tardía. Para asegurarse que la aplicación de estas prácticas consensadas sería de utilidad para alcanzar la mejor atención del paciente, cada decla-

ración del consenso fue objeto de un cuidado extremo, especialmente por los que tienen una mayor experiencia en cada una de las áreas específicas.

Después de sintetizar la literatura y desarrollar un anteproyecto de declaración del consenso, se convocó a más de 300 delegados para asistir a una reunión en Filadelfia, donde se involucraron en discusiones activas; ellos votaron sobre las preguntas plateadas y sobre las declaraciones de consenso. Los delegados se reunieron por primera vez el 31 de julio del 2013, en pequeños grupos de trabajo, para discutir y resolver las discrepancias y concluir sus declaraciones. Posteriormente se reunieron en una asamblea general para continuar el debate de las preguntas, declaraciones de consenso y participar en la revisión de tales declaraciones. La declaración final del consenso fue editada y el documento se envió al sistema *Audience Response System* la misma noche de la votación para comenzar con otros trabajos al día siguiente. El 1 de agosto, los delegados llegaron a la asamblea general y votaron las 207 preguntas y declaraciones de consenso que se presentaron. El proceso de votación se llevó a cabo utilizando teclados electrónicos, donde se podía estar de acuerdo con la declaración de consenso, en desacuerdo, o abstenerse de votar. La fuerza del consenso fue calificada con la siguiente escala:

- 1) Mayoría simple: no hay consenso (estuvieron de acuerdo con 50.1 a 59%).
- 2) Mayoría: consenso débil (estuvieron de acuerdo con 60 a 65%).

- 3) Supermayoritario: fuerte consenso (de 66 a 99% de respuestas afirmativas)
- 4) Unánime (estuvieron de acuerdo el 100%).

De las 207 preguntas, en una hubo unanimidad, 202 recibieron super mayoría (fuerte consenso), dos tenían débil consenso y en sólo dos no se logró un consenso.

El documento que aquí se presenta es resultado de innumerables horas de trabajo que enlaza a los dirigentes y a los delegados dedicados a esta iniciativa histórica. La información transmitida se basa en evidencias —siempre que estuvieran presentes— o es el resultado del acúmulo de experiencias de más de 400 expertos mundiales sobre una infección músculo-esquelética de más de 58 países. Estamos seguros de que la *Guía de mejores prácticas*, que establece esta iniciativa, servirá a muchos de nuestros pacientes en los próximos años. Es fundamental señalar que la información aquí vertida es sólo una guía para la práctica de los médicos que tratan a los pacientes con infecciones músculo-esqueléticas y no debe considerarse como un «estándar de atención». Los médicos deben ser perspicaces y aplicar su experiencia clínica en la toma de decisiones con cada paciente en forma individual. En algunas circunstancias se pueden requerir de aplicación de cuidados que difieren de lo que se indica en este documento.

Sigamos adelante en nuestra lucha contra la infección.

Thorsten Gehrke MD
Javad Parvizi MD, FRCS