

1762 - ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO Y QUIRÚRGICO DE LAS INFECCIONES PROTÉSICAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

Carmen Orti Morente, Alejandro Pérez González, Raquel Cerro Rodríguez y Mónica Loring Caffarena

Hospital Comarcal de la Axarquía, Málaga, España.

Resumen

Objetivos: El objetivo es realizar un estudio de los pacientes ingresados con infección de prótesis durante los años 2022 y 2023 en el servicio de traumatología y cirugía ortopédica, y con asistencia compartida por parte de medicina interna; describiendo el tratamiento llevado a cabo según el tipo de infección.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo y analítico-descriptivo de las variables relacionadas con el tratamiento de la infección de implantes ortopédicos traumatológicos. Incluimos 40 pacientes que ingresaron por infección de prótesis durante los años 2022 y 2023, analizando el tipo de tratamiento realizado: médico, quirúrgico o combinado, según el tipo de infección presente (posoperatoria precoz, tardía o hematógena). Recogimos las diferentes variables por paciente mediante el análisis de informes de alta del servicio y revisión de historias clínicas, con previa aceptación por la Comisión de Investigación. Realizamos un análisis descriptivo de frecuencias; así como un estudio analítico comparativo utilizando la prueba exacta de Fisher para variables categóricas. Todo ello se realizó mediante paquete IBM SPSS Statistics v25.

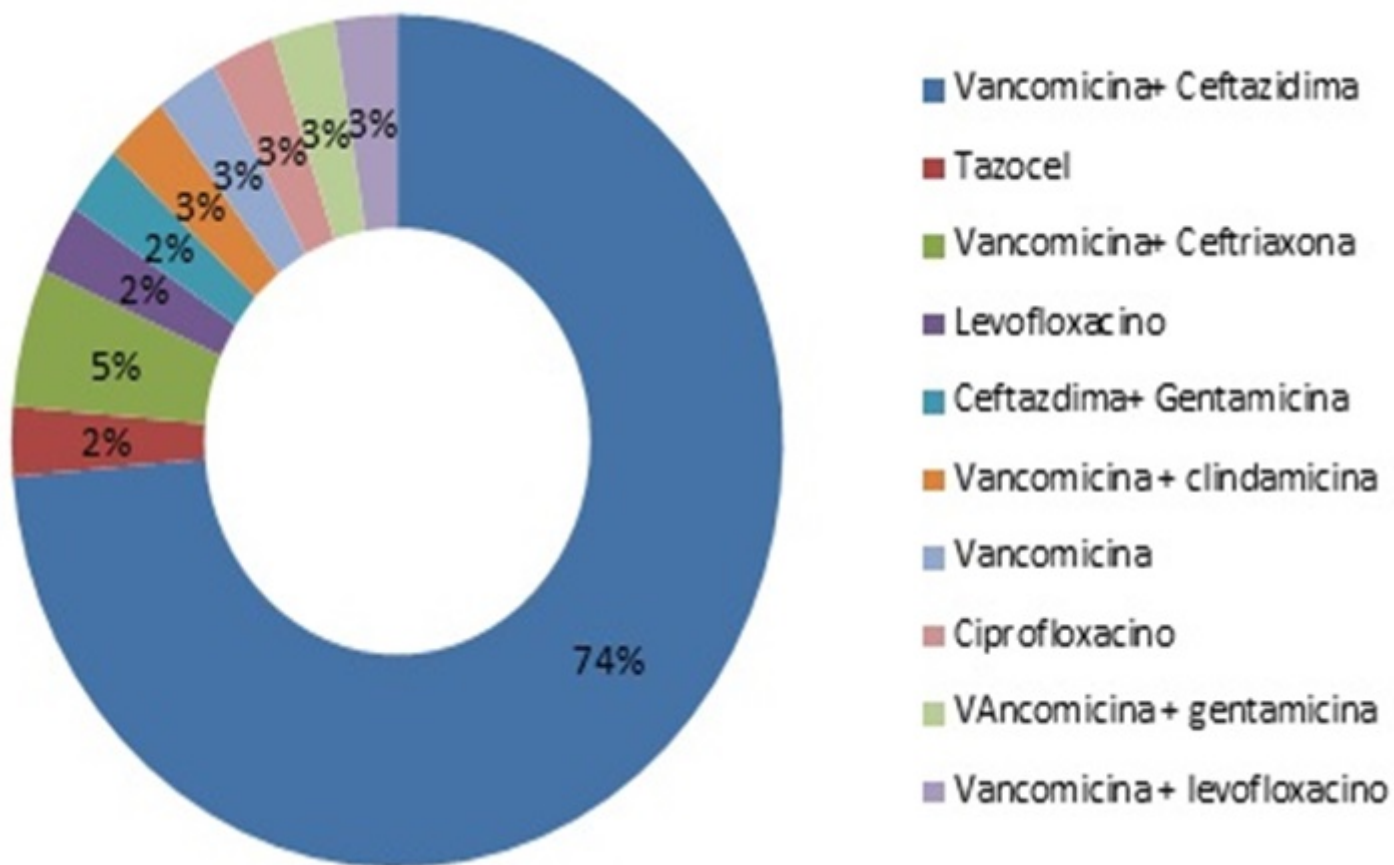
Resultados: Se analizaron 40 casos de infecciones protésicas: 18 precoces, 16 tardías y 6 hematógenas. La antibioterapia empírica predominante fue vancomicina + ceftazidima, usada en el 88,89% de infecciones precoces, 56,25% de tardías y 50% de hematógenas. La antibioterapia dirigida IV varió según el tipo de infección: ciprofloxacino solo o combinado en infecciones precoces (26,7%), ceftriaxona y cloxacilina + rifampicina en tardías (20%), y vancomicina + rifampicina en hematógenas (50%). La antibioterapia oral dirigida más común fue levofloxacino + rifampicina en los tres grupos. El resto de antibioterapias se reflejan en los gráficos. La duración media de la antibioterapia fue $8,52 \pm 2,43$ semanas en infecciones precoces, $7,13 \pm 2,07$ semanas en tardías y $7,67 \pm 1,51$ semanas en hematógenas. El tratamiento quirúrgico más frecuente fue DAIR (desbridamiento y retención del implante), aplicado en el 80% de infecciones precoces y un 83,3% de hematógenas. En infecciones tardías, DAIR y recambio en dos tiempos con espaciador se realizaron en igual proporción (26%). En todos los casos, excepto uno, se realizó un tratamiento médico-quirúrgico combinado. Por último, comparamos la duración total de la antibioterapia en infecciones protésicas tardías, con la negativización o no de la PCR (10) en el control analítico al finalizarla. Obtuvimos que, de forma significativa ($p = 0,035$), de los 10 casos que mantuvieron la antibioterapia más de 6 semanas, 8 negativizaron PCR (80%); y de los 6 que la tuvieron menos de 6 semanas, solo 1 negativizó la PCR (16,67%).

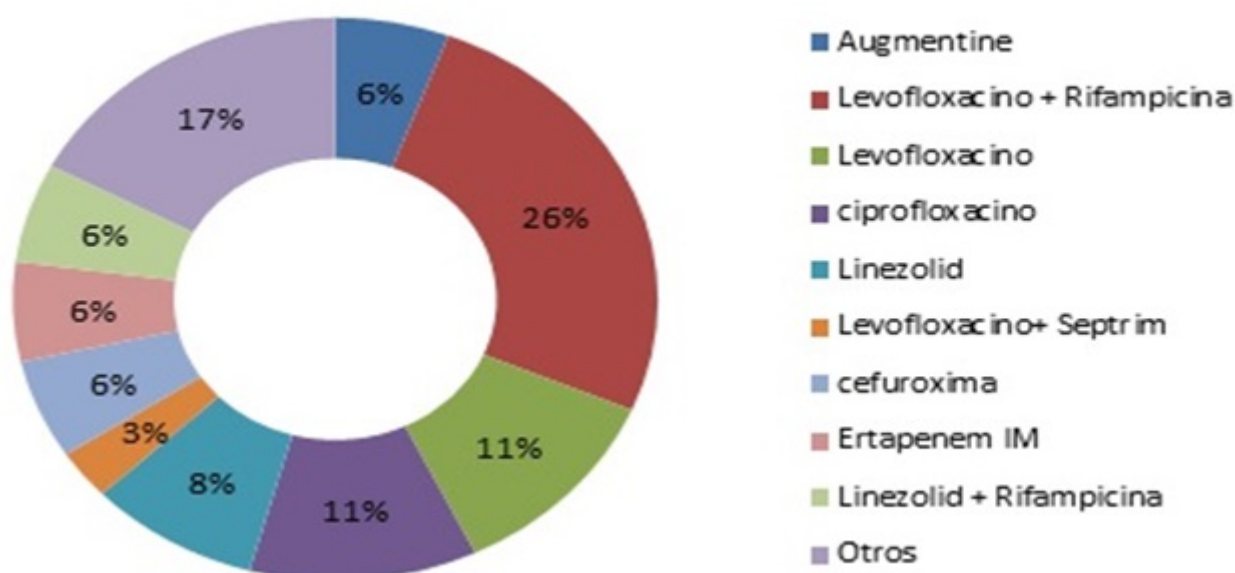
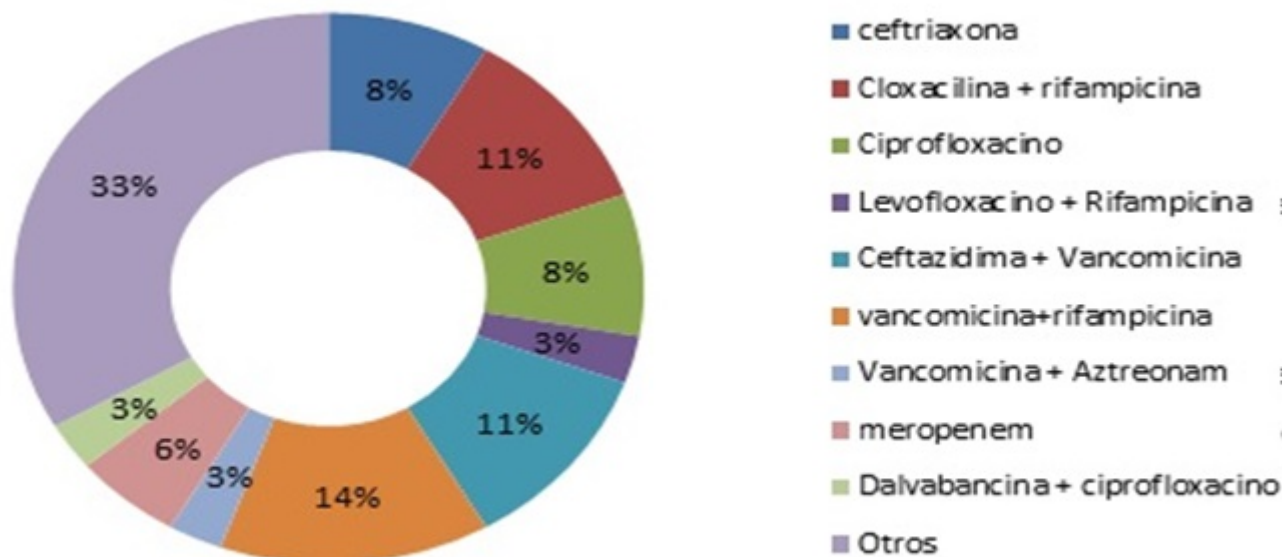
	Semanas	Total

Menos 6	Más 6			
PCR_postto	> 10	5	2	7
10	1	8	9	
Total	6	10	16	

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,112 ^a	1	0,013		
Corrección de continuidad ^b	3,810	1	0,051		
Razón de verosimilitud	6,515	1	0,011		
Prueba exacta de Fisher				0,035	0,024
Asociación lineal por lineal	5,730	1	,017		
N de casos válidos	16				

^a3 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,63. ^bSolo se ha calculado para una tabla 2 × 2.





Conclusiones: En la mayoría de los casos se requiere tratamiento combinado médico-quirúrgico. Independientemente del tipo de infección, se utilizó más vancomicina + ceftazidima como antibioterapia empírica. Existió gran variabilidad con la antibioterapia dirigida, IV y oral, pero destacan vancomicina + rifampicina y levofloxacino+ rifampicina. La duración media de antibioterapia fue mayor en infecciones precoces. El tratamiento quirúrgico más prevalente fue el DAIR. Por último, de forma significativa, una duración prolongada de antibioterapia (más de 6 semanas) asegura la negativización de la PCR en la mayoría de los casos.