



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

I-030 - PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA: TODAS LAS OPCIONES NO SON IGUALES

A. Gómez Garduño¹, S. Asenjo Segovia², I. Otermin Maya¹, J. Gutiérrez Dubois¹, I. Alaez Cruz¹, M. León Rosique¹, J. Rojo Álvaro¹

¹Medicina Interna, ²Farmacia. Centro de Rehabilitación Ubarmin. Egüés (Navarra).

Resumen

Objetivos: Presentar los resultados de nuestra serie, comparando las tasas de infección entre los pacientes que han recibido cefazolina y los que recibieron clindamicina como profilaxis en cirugía ortopédica.

Material y métodos: La unidad de medicina interna del complejo hospitalario de Navarra-D atiende a los enfermos ingresados para la realización de cirugía ortopédica en una clínica monográfica de cirugía ortopédica y rehabilitación. Precirugía se administran cefazolina y clindamicina en el periodo de inducción anestésica, a las dosis estándar, 2 g y 600 mg respectivamente, según sean alérgicos o no a betalactámicos. Se mantiene la profilaxis 24 horas en 3 dosis. Los resultados se evalúan a los 2 años. Todos los pacientes son evaluados por Medicina Interna.

Resultados: Analizamos 1.994 pacientes desde el 1 de septiembre de 2011, hasta cumplir 2 años de seguimiento: 246 artrodesis de raquis, 905 PTR, 742 PTC, 57 RPTC, 39 RPTR y 5 PH. Tasa de infección a los 2 años: cefazolina vs clindamicina totales. Cefazolina: 27/1806: 1,49%. Clindamicina: 5/177: 2,82%.

Discusión: La infección en cirugía ortopédica protésica y en la cirugía de fijación vertebral es infrecuente, pero supone una gran carga para el paciente y el sistema. La utilización de cefalosporinas es lo más adecuado en este entorno, pero mantenemos dudas sobre cuál es el sustituto perfecto en los casos de alergia. Los resultados de nuestro estudio, con una tasa de infección en los pacientes que recibieron clindamicina mucho mayor, nos hace pensar en un cambio de actitud. Primero: determinar realmente qué paciente es alérgico a penicilina, con reacción moderada o grave, y en el que debemos administrar otra profilaxis y, en segundo lugar, valorar si debemos cambiar como alternativa la clindamicina y utilizar teicoplanina, como en otros centros, aunque nuestra prevalencia de MARSA sea testimonial, o incluso, plantearnos otros antibióticos, muy efectivos en el tratamiento, como son las quinolonas, más específicamente, una dosis única de levofloxacino.

Conclusiones: Los datos expuestos indican que la profilaxis con clindamicina tiene una tasa de protección menor que la habitual con cefazolina, por lo que es necesaria la evaluación de nuevas pautas de tratamiento en los pacientes que refieren alergia a betalactámicos.