

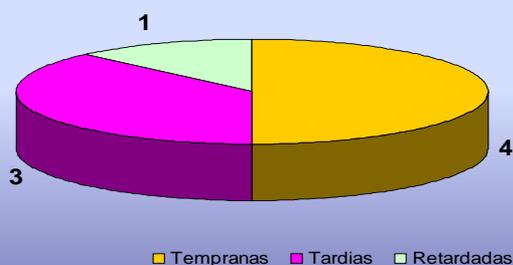


TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN INFECCIONES DE PRÓTESIS ARTICULARES

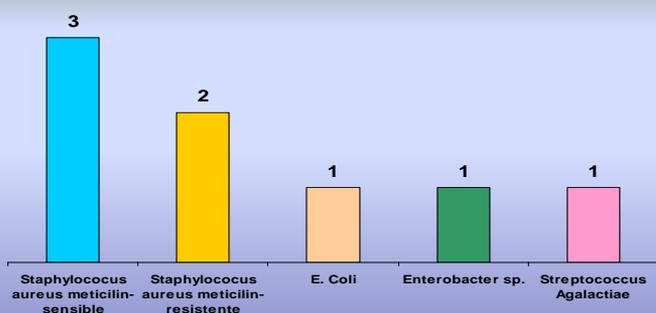
Corte García JJ¹, Rojo Eyaralar J¹, Espín Fernández M¹, Villa Bajo L², González González Menéndez MC¹, Vázquez Valdés F^{2,3}

1. Servicio de Farmacia Hospital Monte Naranco, 2. Servicio de Microbiología Hospital Monte Naranco. 3. Responsable Unidad Gestión Riesgo Clínico Hospital Monte Naranco

Clasificación de las infecciones de prótesis detectadas (N=8)



Microorganismos aislados



Tratamientos antibióticos empleados en las 8 infecciones detectadas

	Tratamiento antibiótico inicial IV	Tratamiento antibiótico adicional VO
1	Bencil-penicilina 2 MILL UI/4h	AMOX 500mg/8h
2	CLOXA 2g/4h + RIF 450mg/12h	CLOXA 1g/6h + RIF 600mg/24h
3	AMOX-CLAV 1g/8h	LEV 500mg/24h+RIF 600mg/24h
4	CLOXA 2g/6h+ RIF 450mg/12h	LEV 500mg/12h+RIF 600mg/24h
5	TMX-SMX 800-160/ 8h+RIF 900mg/24h	TMX-SMX 800-160/ 8h+RIF 600mg/24h
6	LEV 500mg/12h+RIF 900mg/24h	LEV 500mg/24h+RIF 600mg/24h
7	LEV 500mg/12h+RIF 900mg/24h	LEV 500mg/12h+RIF 600mg/24h
8	LEV 500mg/12h+RIF 900mg/24h	LEV 500mg/24h+RIF 600mg/24h

OBJETIVOS

Conocer el patrón de uso de los antibióticos empleados en pacientes con infección de prótesis de cadera o rodilla sometidas a revisión quirúrgica a lo largo del año 2007.

MATERIAL Y METODOS

Estudio observacional prospectivo en el que mediante el sistema de historia clínica electrónica SELENE (Siemens v4.2.0.0.3) se revisaron las historias médicas de los pacientes ingresados en el servicio de Traumatología en el 2007 con diagnóstico de infección de prótesis articular. Se analizó tiempo de evolución hasta revisión quirúrgica, datos microbiológicos y tratamiento antibiótico.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 270 artroplastias de cadera y rodilla en el 2007. Se efectuó seguimiento y análisis de las historias clínicas de 8 pacientes (2 hombres y 6 mujeres) sometidos a revisión de prótesis de rodilla (5 casos) o cadera (3 casos) por infección. La edad media de los pacientes al realizarse la revisión quirúrgica de la prótesis infectada fue 72,6 años (rango:64-84). 4/8 infecciones fueron tempranas (menos de 3 meses desde el recambio primario), 3/8 retardadas (entre 3 y 24 meses desde el recambio primario) y 1/8 fue tardía (más de dos años desde el recambio primario).

Todos los pacientes recibieron tratamiento inicial intravenoso durante un periodo de 4 a 8 semanas en base a resultados microbiológicos y perfiles de sensibilidad. El tratamiento intravenoso inicial consistió en levofloxacino 500 mg cada 12 h más rifampicina 900 mg cada 24 h en 3/8 casos y cloxacilina 2 g cada 4 ó 6 h más rifampicina 600 ó 900 mg cada 24 h en 2/8 casos. Los tres pacientes restantes fueron tratados con sulfametoxazol-trimetoprim 800/160 mg cada 8 h más rifampicina 900 mg cada 24h, amoxicilina/clavulánico 1g/200 mg cada 8 h y bencilpenicilina 2.000.000 UI cada 4 h respectivamente. Dos pacientes recibieron tratamiento con vancomicina durante la primera semana en espera de confirmación de la sensibilidad del agente microbiano. Tras el tratamiento intravenoso, los pacientes recibieron antibioterapia oral durante al menos 4 semanas adicionales. 5/8 pacientes recibieron levofloxacino 500 mg cada 12 ó 24 h más rifampicina 600 mg cada 24 h; los tres pacientes restantes recibieron, respectivamente, tratamiento oral con sulfametoxazol-trimetoprim 800/160mg cada 8 h más rifampicina 600 mg cada 24 h, cloxacilina 1 g cada 6 h más rifampicina 600 mg cada 24 h y amoxicilina 500 mg cada 8 h.

Hasta Abril de 2008, 2/8 pacientes recibieron nuevos ciclos antibióticos por persistencia de la infección.

CONCLUSIONES

Se ha constatado una amplia diversidad en cuanto a dosis antibióticas empleadas y duración del tratamiento. En infecciones por *Staphylococcus spp.* no siempre se ha considerado el uso de rifampicina en asociación a pesar de su eficacia establecida. En base a estos datos, se debería implementar un protocolo a través de la Comisión de Infecciones para optimizar el empleo de antibióticos en el tratamiento de infecciones protésicas articulares.