

DISEÑO DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE LAS INFECCIONES DE LAS ARTROPLASTIAS PARA ATENCIÓN PRIMARIA



JESUS PALENCIA ERCILLA, SERGIO VALLE LÓPEZ, PABLO ALMENA RODRÍGUEZ, IGNACIO AGUADO MAESTRO, ALEJANDRO LEON ANDRINO
SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA DE VALLADOLID

PROTOCOLO MEDICINA DE FAMILIA

Es importante que el Médico de familia o el Servicio de Urgencias sepa discernir cuándo se está enfrentando a una infección protésica y cuándo no.

Para el estudio de las articulaciones es fundamental realizar una historia clínica detallada y un examen físico completo. Realizar una buena anamnesis y exploración facilitará la posterior valoración por el especialista traumatólogo, aporta más dinamismo y acorta los tiempos de espera, mejorando la calidad asistencial y de vida del paciente.

Los estudios de imagen son pruebas complementarias y no deben ser el primer paso ni el único de ningún historial.

El objetivo principal es hacer un diagnóstico diferencial entre un problema infeccioso y la multitud de patologías que pueden sufrir las articulaciones, sobre todo a medida que aumenta la edad.

El médico aplicará el algoritmo de la siguiente forma:

- 1. Anamnesis**
El médico se interesará por:
 - Tener siempre en mente la posibilidad de infección ante un paciente con prótesis de cadera o rodilla, aunque se le haya operado hace mucho tiempo. Toma de fármacos, actuales y anteriores.
 - Factores de riesgo para padecer una infección protésica: alcoholismo, diabetes mellitus mal controlada, enfermedad renal crónica, sexo masculino, bajo nivel socioeconómico, enfermedad vascular periférica, malignidad, EPOC, infección previa en la articulación, fumador (multiplica por 8 el riesgo), desnutrición (IMC < 20), anemia, consumo de drogas (multiplica por 4 el riesgo), obesidad, VIH, hepatitis, fibrosis hepática, colonización de la piel, infección local o sistémica activa, inyecciones intraarticulares de esteroides hace menos de 3 meses, índice de comorbilidad de Charlson elevado, enfermedad neurológica.
 - Existencia de antecedente traumático, tanto directo como indirecto.
 - Sobre la posible infección: se preguntará sobre la existencia de:
 - Dolor: es el síntoma más importante y puede ser el único. Su única existencia obliga a la derivación al servicio de traumatología.
 - Calor en la zona.
 - Problemas para la movilidad.
 - Fiebre.
 - Fistulización/ Pus
- 2. Exploración**
RODILLA:
Para explorar la rodilla se debe descartar antes una fractura, pues una movilidad innecesaria podría añadir lesiones. Los síntomas pueden ser suficientes para su diagnóstico.
 - Inspección:
Observamos su marcha, asimetrías, orientación de los ejes, aumento del tamaño articular, atrofas musculares, alteraciones en la alineación rotuliana... Se observará la existencia de alteraciones superficiales (cicatrización tardía, drenaje no purulento, dehiscencia superficial) y compromiso profundo (es decir, fistula, purulencia, absceso y necrosis extensa) que tiene una especificidad más alta.
La existencia de un trayecto fistuloso o pus es un signo de especificidad muy alta. Se derivará de forma preferente al paciente a consulta de traumatología.
 - Palpación
Seguidamente con el paciente en decúbito supino se realiza la palpación de la rodilla. Con la rodilla relajada, se palpan las principales estructuras óseas y partes blandas.
 - Movilidad:
Después se valorará tanto la movilidad activa como la pasiva y contra resistencia en todos los grupos musculares de forma sistematizada.
- Signos y síntomas de sospecha:**
 - Dolor al movilizar la articulación o palpar. Debemos recordar que el dolor es el síntoma más sensible y común de una infección de una prótesis. Con que sólo exista este síntoma, se deberá estudiar más en profundidad al paciente.
 - Aumento local de la temperatura.
 - Derrame articular: se demuestra con el “signo del peloteo” o choque rotuliano. Este signo es patente en caso de derrames abundantes.

- Inflamación periarticular: en la rodilla son más fáciles de reconocer. Son específicos de IPA. Suele ser más visible en infecciones agudas que crónicas.
- Rigidez: sensibilidad baja, especificidad altísima. Más común en la cadera 85% que en la rodilla 74%
 Toda exploración de la rodilla debe incluir una evaluación neurovascular que incluya, al menos, una valoración de los pulsos distales, de la sensibilidad del miembro inferior y de las funciones motoras.

- CADERA:**
- Inspección:
Veremos cómo camina y se mantiene de pie, anotando si existiera cualquier tipo de cojera.
Es importante comparar la longitud de ambos miembros para evidenciar cualquier dismetría.
 - Palpación:
Comprobaremos si al papar existe dolor, deformidad...
 - Maniobras de exploración funcional:
Son pruebas sencillas y rápidas que valoran la restricción de los arcos de movilidad de la cadera: flexión, extensión, abducción, aducción, rotación interna y externa.
El dolor o las limitaciones en las rotaciones son el primer signo de alteración intrarticular. .
 - Signos y síntomas de sospecha**
 - Dolor: el dolor de la articulación de la cadera se puede manifestar como dolor referido en la ingle, en la cara lateral del muslo, en la nalga o irradiado a la rodilla. Pero a veces el dolor lumbar se puede irradiar a la nalga, y el dolor de rodilla se puede irradiar a la cadera. Difícil hacer un diagnóstico exacto.
 - Derrame articular: a diferencia de lo que ocurre en la rodilla, es difícil valorar una inflamación en la cadera, dada la profundidad de la articulación, y gran recubrimiento muscular.
 - Cojera: se debe a la marcha antiálgica que adquiere el paciente para evitar el dolor, apoyándose en menos medida sobre el miembro afecto e inclinándose hacia el lado del dolor.
La existencia de un trayecto fistuloso o pus es un signo de especificidad muy alta. Se derivará de forma preferente al paciente a consulta de traumatología.

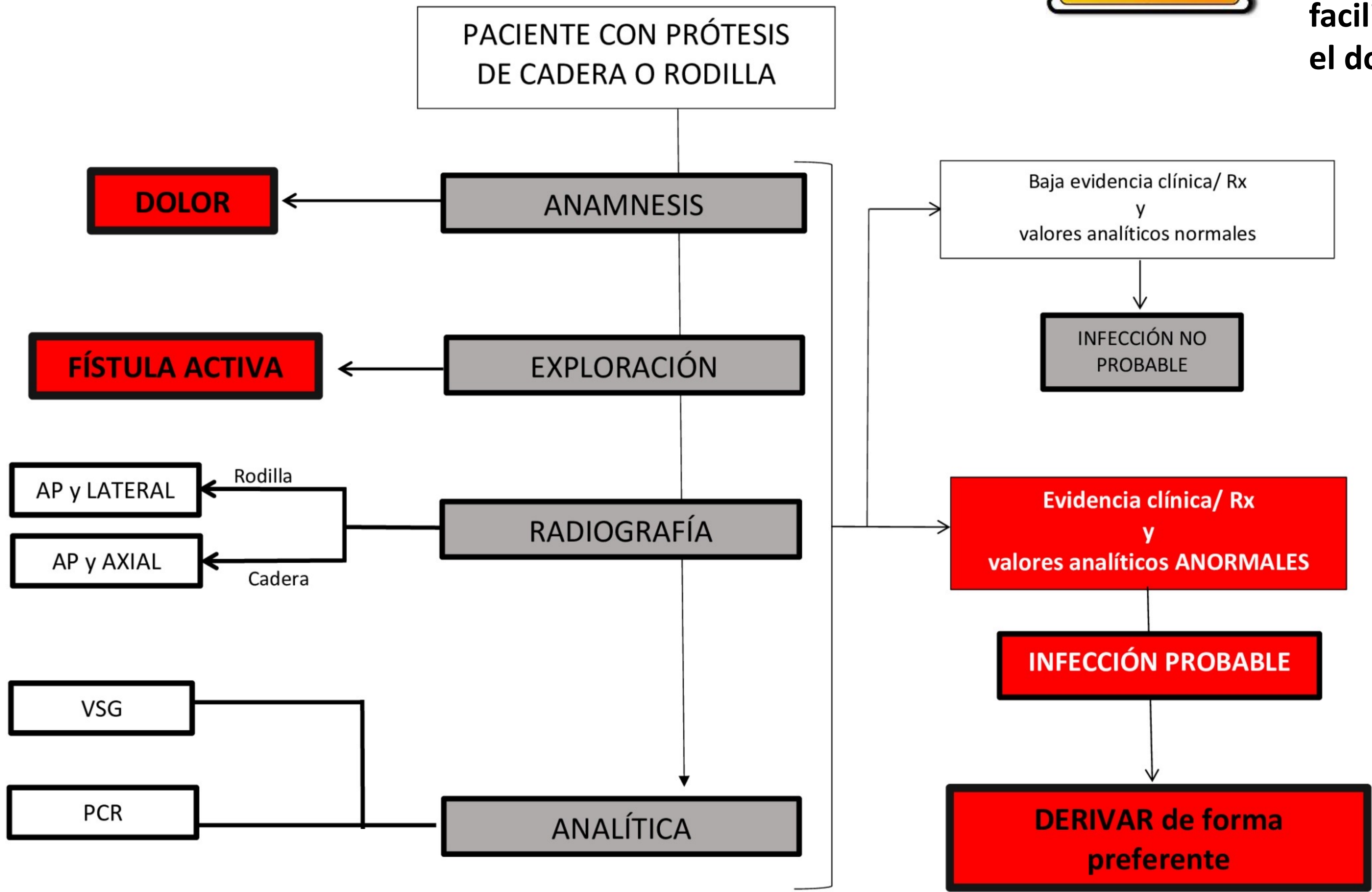
2. Radiografía
Después de la exploración física, se realizará la toma adecuada de controles radiográficos. Es una prueba de imagen accesible y coste efectiva, pero con más valor para descartar determinadas lesiones. Se pedirán no sólo para el diagnóstico del médico de familia, sino también para que en la primera consulta el traumatólogo ya disponga de la prueba. El estudio radiológico simple debe incluir, al menos, dos proyecciones de la rodilla: la anteroposterior en bipedestación y la lateral de ambas rodillas. En el caso de las caderas se solicitará una anteroposterior de pelvis y axial para ambas caderas. Hay que tener en cuenta que en la mayoría de las ocasiones la radiografía es normal, pero si la anamnesis y exploración apoyan el diagnóstico infeccioso, esto no debe retrasar la derivación al especialista.

2. Análítica de sangre
Se recomienda su uso rutinario. Recomendamos que cualquier paciente con sospecha de diagnóstico de IPA se le realicen pruebas serológicas para la inflamación, es decir, proteína C reactiva -PCR- y velocidad de sedimentación globular- **VSG**. Además, se pedirá el perfil básico, hepático y renal, esto permitirá al traumatólogo elegir los medicamentos y dosis adecuadas en caso de infección y conocer la situación basal del paciente (anemia, desnutrición...). Deben hacer sospechar de infección una PCR > 10.5 mg/dl. y VSG mayor de 30 mm/h.

2. Derivación al especialista
Después de realizar la anamnesis, exploración y rellenar la solicitud de pruebas complementarias, el Médico de Familia deberá plantearse derivar a su paciente al Servicio de Traumatología.
Se debe recordar que una analítica o radiografía normal no descarta la existencia de una artritis séptica.
La existencia de un simple dolor en la articulación en un paciente con una prótesis es motivo suficiente para derivar al paciente al servicio de traumatología.
En caso de no derivar de forma preferente o urgente al servicio las pruebas complementarias se harán unos días antes de que el paciente acuda a la cita con el traumatólogo.
La derivación al especialista ante una sospecha de infección articular periprotésica debe realizarse de forma preferente.



IMPORTANTE: el médico de familia NO DEBERÁ PRESCRIBIR NINGÚN ANTIBIÓTICO al paciente antes de la visita al traumatólogo ya que puede provocar la negatividad de pruebas posteriores. Sí que puede facilitar antipiréticos y antiinflamatorios para aliviar el dolor.



 No administrar ANTIBIOTICO



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA