

INFECCIÓN EN ARTROPLASTIA DE CADERA EN HOSPITAL COMARCAL. Nuestra experiencia en 2021.

Autores: Javier de la Hera Fernández, Carlos Cortina Fernández, Marcos Ortiz Gutiérrez, Melodía Molinero Montes, Eduardo José Díez Pérez. **Hospital Sierrallana (Cantabria).**

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Analizar los **factores de riesgo** de infección en artroplastias de **cadera post-traumáticas** en las áreas sanitarias III-IV de Cantabria (**Fig. 1**) mediante SPSS-29.0.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de 217 intervenciones sobre fracturas de cadera (93 artroplastias, 3 tornillos canulados y 121 enclavados endomedulares). Se recogen (**Tabla 1**):

- **Antecedentes y epidemiología:** edad, corticoides, DM, infiltraciones, antiagregantes y anticoagulantes...
- **Datos quirúrgicos:** profilaxis antibiótica, tiempo quirúrgico, demora quirúrgica, tipo de implante y transfusión/hemoglobina...
- **Datos postquirúrgicos:** herida, uso y duración de drenaje, signos posteriores de infección....

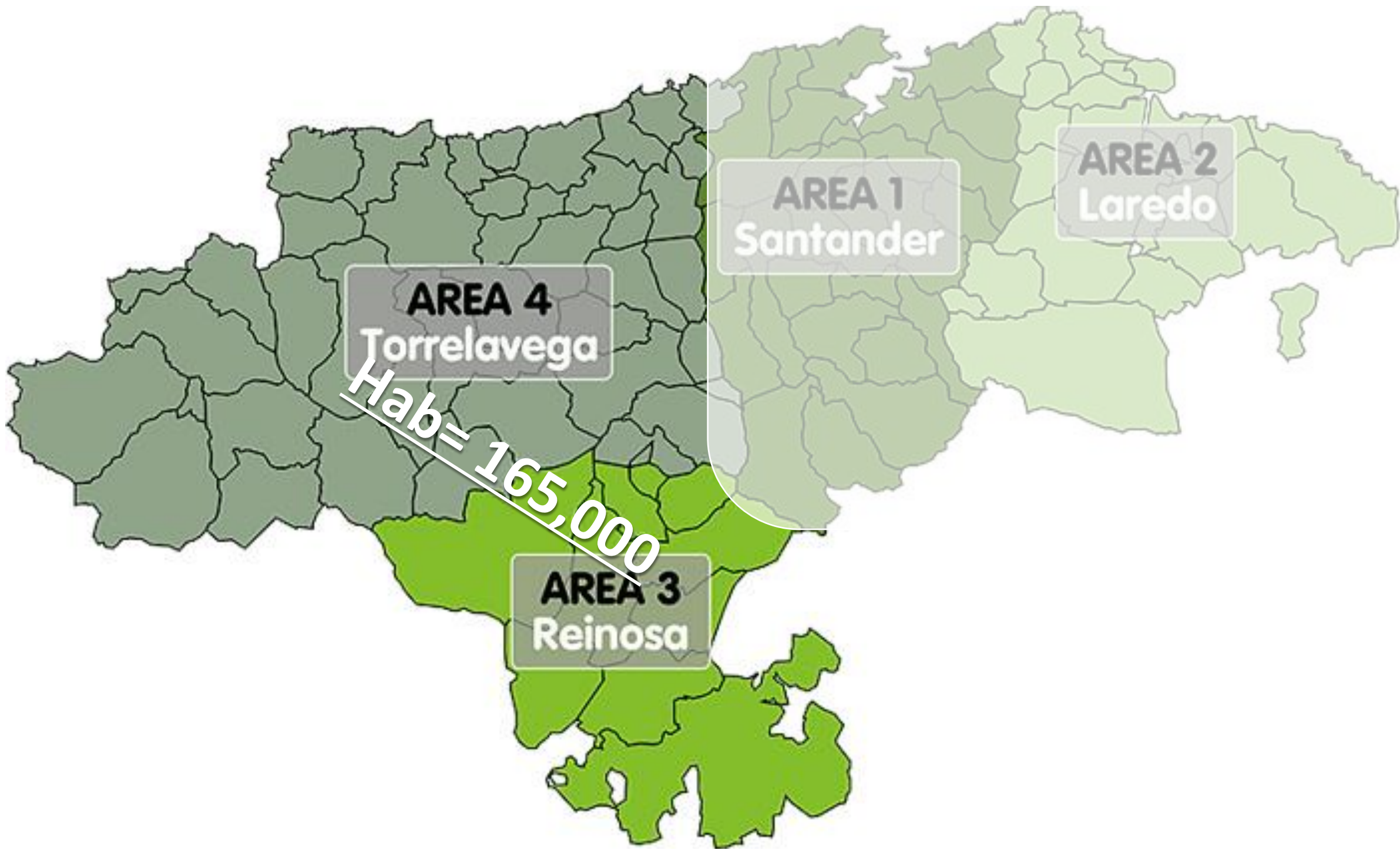


Fig. 1: Áreas sanitarias de Cantabria junto con población abarcada en áreas III-IV por nuestro Hospital.

RESULTADOS (Tablas 2 y 3)

En nuestra área de 165.000 habitantes se intervinieron **66 PPC** (54’67mins) y **27 PTC** (73’81mins). Al terminar el 2021 con un tiempo medio de seguimiento de **512’4 días**, resultaron 5 infecciones:

- 4 PPC (6.06%).
- 2 PTC (7.41%).

Dentro de las **etiologías:** **Estafilococo Epidermidis** (3), **Escherichia coli** (1) y **Enterococcus faecium** (1). De ellas 3 fueron agudas (16’3 días) y 2 tardías (173 y 114 días).

Resaltar el uso constante de **drenajes absolutos** (85 pacientes, 2’19 días) y uso de **cefazolina2g** como profilaxis preIQ en 80/93 casos.

Respecto a la **tasa de fallecimiento**, encontramos una prevalencia del 18’3%/año, ocurriendo en 9 antes de 3 meses, 17 antes de los 12 y 22 hasta el final de seguimiento fechado a 31/1/23.

Con el **análisis estadístico** mediante T-Student y regresión lineal comprobamos significación (p<0’05) para las relaciones **edad-fallecimiento**, **ASA-fallecimiento** y **Hemoglobina preIQ-transfusión**.

- Además, vemos tendencia a la significación en otros 4 factores relacionados con la infección (p<0,2).

El resto de valores no obtuvieron significación por la baja potencia y n total del estudio.

| | | PPC (n=66) | |
|--|---|--|--|
| | | PTC (n=27) | |
| | Atb preIQ: Cefazolina n=80, vancomicina n=9, varios n=4 | Q:σ= 61 / 32 (Q:σ 1,91) | |
| | | Edad media: 87’42 años. | |
| | | Duración cirugía: 54’67mins. | |
| | | ASA: 2’65 | |
| | | Tiempo hasta cirugía: 3’0 días | |
| | | Medicación AAG o AC: 31 (45,4%) | |
| | | Drenaje medio: 2’02 días | |
| | | Hb preIQ - postIQ: 13’13 - 10’67 mg/dL | |
| | | Transfusión: 7 (10,6%) | |
| | | Edad media: 72’33 años. | |
| | | Duración cirugía: 73’81 mins. | |
| | | ASA: 2’39 | |
| | | Tiempo hasta cirugía: 3,53 días | |
| | | Medicación AAG o AC: 11 (40,7%) | |
| | | Drenaje: 2’52 días | |
| | | Hb preIQ – postIQ: 12’97 - 10’28 mg/dL | |
| | | Transfusión: 5 (18,5%) | |

Tabla 1: Factores epidemiológicos y relacionados con la cirugía, divididos según tipo de prótesis utilizada.

| INFECCIONES | PPC n=3 (4,55%) | Stafilococo Epidermidis en exudado | Sospechado por celulitis a los 49 días |
|-------------|--------------------|--------------------------------------|--|
| | | E. Coli en exudado | Sospechado por celulitis a los 25 días |
| | | Enterococo Faecium en hemocultivo x2 | Sospechado por celulitis a los 24 días |
| | PTC n=2 (7,41%) | Stafilococo Epidermidis en intralQ | Sospechado por manchado seroso a las 7 semanas |
| | | Stafilococo Epidermidis en intralQ | Sospechado por fístula a los 42 días |
| | | | |

| ANÁLISIS ESTADÍSTICO | σ/♀ → Infección | | Edad → Infección | |
|----------------------|--|--|--|--|
| | p=0,869 | | p=0,16 | |
| | σ/♀ → Fallecimiento | | Leucocitos preIQ → Infección | |
| | p=0,827 | | p=0,19 | |
| | Estado de la herida postIQ → Infección | | Hb preIQ → Transfusión | |
| | p=0,083 | | p=0,034 | |
| | Antibioterapia preIQ → Infección | | Tipo de prótesis utilizada (PPC/PTC) → Infección | |
| | p=0,668 | | p=0,579 | |
| | Duración cirugía → Infección | | Tipo de implante utilizado → Infección | |
| | p=0,662 | | p=0,970 | |
| | Uso drenaje → Infección | | Edad → Fallecimiento | |
| | p=0,589 | | p=0,004 | |
| | Duración drenaje → Infección | | AG o AAG → Fallecimiento | |
| | p=0,689 | | p=0,780 | |
| | Duración drenaje → Transfusión | | ASA → Fallecimiento | |
| | p=0,714 | | p=0,012 | |
| | ASA → Infección | | Hb postIQ → Fallecimiento | |
| | p=0,14 | | p=0,914 | |

INTERPRETACIÓN ESTADÍSTICA: p<0’05: relación estadísticamente significativa. p<0’20: Tendente a la significación.

LEYENDA: AAG: Antiagregante; AC: Anticoagulante. Hb: Hemoglobina.

Tablas 2 y 3: Infecciones presentes en nuestra población y análisis estadístico de los principales factores de riesgo.

CONCLUSIÓN

Las relaciones estadísticamente significativas se encuentran en concordancia con la literatura; pero no obtenemos significación para otros factores bien conocidos en relación con la infección, como diabetes, edad, tiempo quirúrgico y demora quirúrgica. Nuestra experiencia nos indica que estamos en ratios correctos de **mortalidad** (entre el 18-63%/año) y en **infección** (PPC del 1’7-7’3% y PTC 0’3-3%). No tenemos suficiente potencia estadística para confirmar otros factores de riesgo ya descritos y consolidados.