



1626 - INFECCIONES PROTÉSICAS Y DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS EN UN HOSPITAL COMARCAL. ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO

Carmen Orti Morente, Paloma Malo Rico, Ana María Torres Martínez y Mónica Loring Caffarena

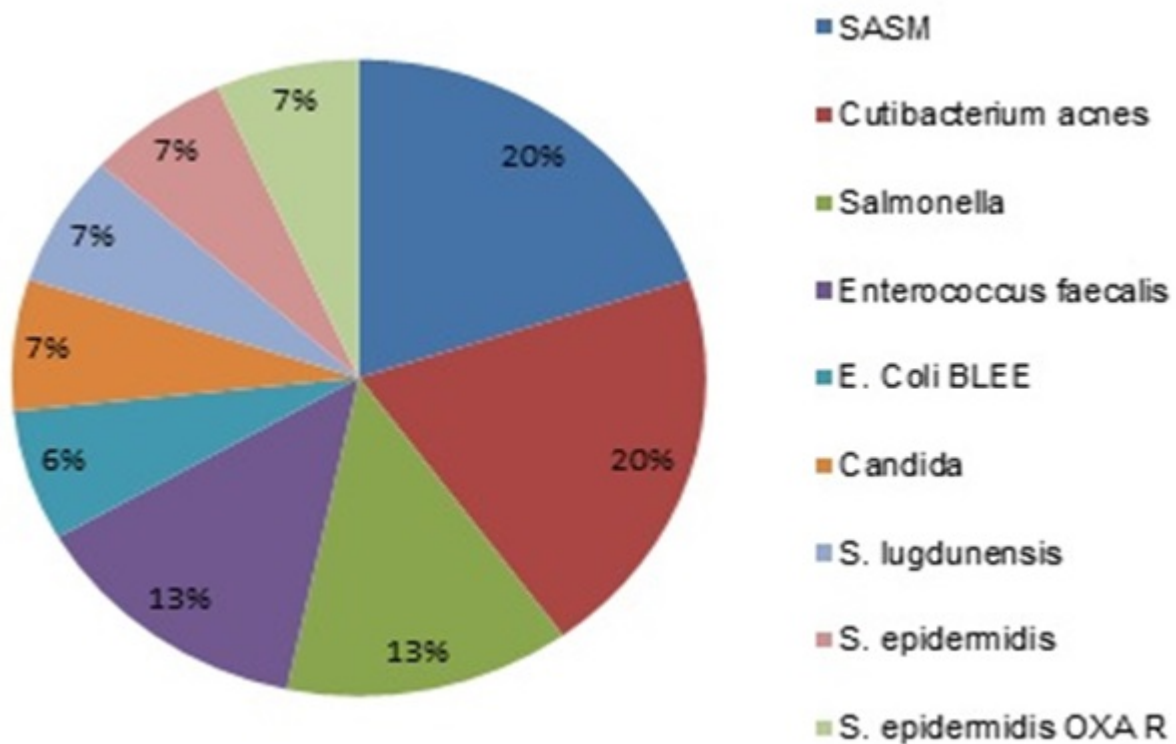
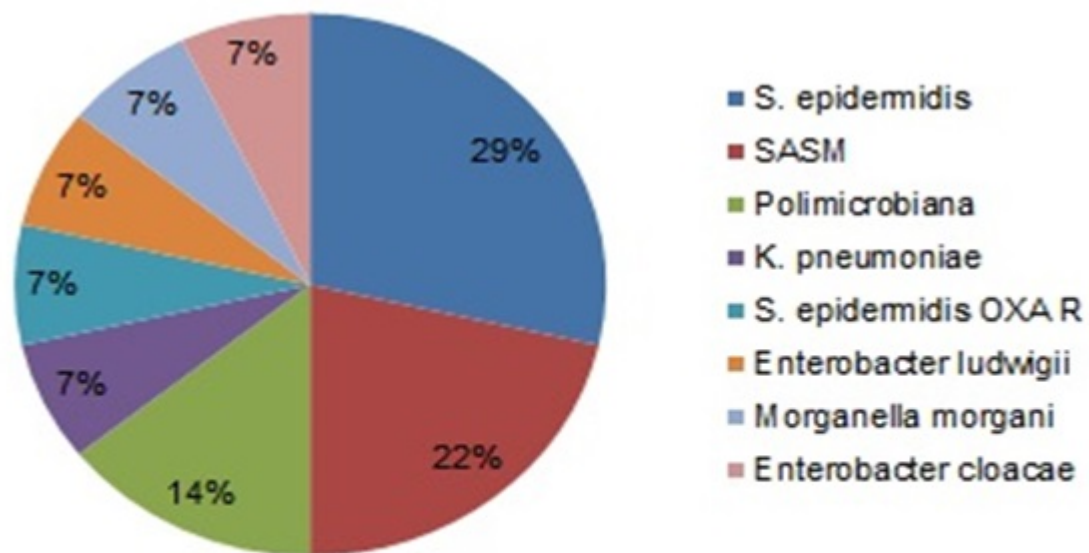
Hospital Comarcal de la Axarquía, Málaga, España.

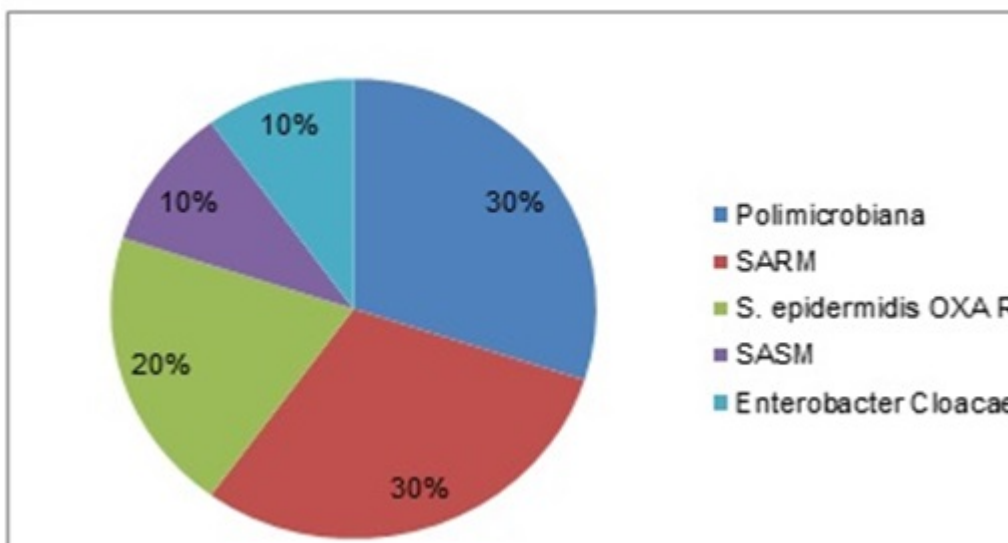
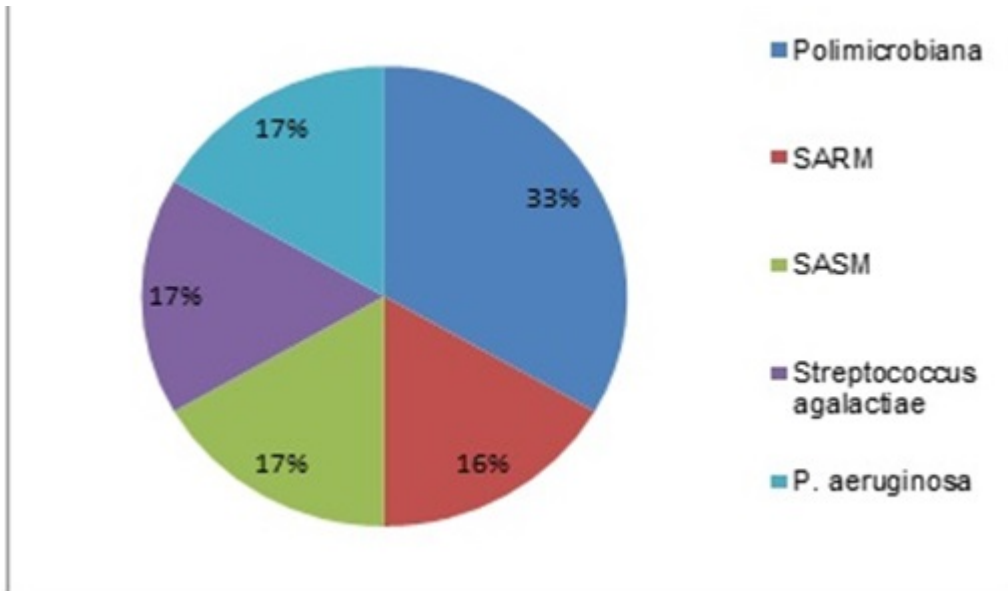
Resumen

Objetivos: El objetivo es realizar un estudio de los pacientes ingresados con infección de prótesis o de material de osteosíntesis (MOS) durante los años 2022 y 2023 en el servicio de traumatología y cirugía ortopédica, y con asistencia compartida por parte de medicina interna; describiendo las características microbiológicas, así como los patrones de resistencia más frecuentes.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo y analítico-descriptivo de variables clínicas asociadas a la infección de implantes ortopédicos traumatológicos. Incluimos 59 pacientes que ingresaron por infección de prótesis o de material de osteosíntesis durante los años 2022 y 2023, analizando el diagnóstico microbiológico y los patrones de resistencia más frecuentes según el tipo de infección (posoperatoria precoz, tardía o hematógena), y el tipo de prótesis o MOS utilizado. 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 y tablas cruzadas utilizando el paquete IBM SPSS Statistics v25.

Resultados: Hubo un total de 59 casos: 18 infecciones protésicas y 7 infecciones de MOS precoces; 16 infecciones protésicas y 11 de MOS tardías; y 7 infecciones hematógenas (6 relacionadas con prótesis y 1 con MOS). Analizando los microorganismos aislados, destacaron dentro de las infecciones protésicas precoces, reflejadas en la figura 1, *S. epidermidis* (29%), seguido de SAMS (22%), y polimicrobianas (14%). En las infecciones protésicas tardías (fig. 2) destaca SAMS y *Cutibacterium acnes* (20%), seguidas de *Salmonella* y *Enterococcus faecalis* (13%). Dentro de las infecciones hematógenas protésicas, se aislaron casi todas en prótesis de cadera: dos casos por *S. epidermidis* OXA-R (PTC y PPC derechas), dos polimicrobianas (ambas en PTC derecha), una por *E. coli* BLEE (PTC izquierda), y por último, un SAMS en PTR izquierda. En cuanto al MOS, en las infecciones precoces (fig. 3) destaca la etiología polimicrobiana con un 33% (ambas en RAFI de fémur distal, uno derecho y otro izquierdo); y en las tardías (gráfica 4), destacan la polimicrobiana y SARM (30%), seguido de *S. epidermidis* OXA-R (20%). Hubo además un caso de infección hematógena por SARM en MOS de calcáneo derecho. Obtuvimos en total 8 microorganismos resistentes: 6 SARM, y 2 *E. coli* BLEE. Finalmente, en 7 de los casos no hubo aislamiento microbiológico.





Conclusiones: Como es frecuente, la mayoría de los microorganismos aislados son los propios de la microbiota cutánea, por lo que el momento de la contaminación se podría asociar al acto quirúrgico. Destacan las infecciones polimicrobianas en el implante de MOS, tanto precoces como tardías. El 15,38% de los microorganismos eran multirresistentes. Y por último, en un 11,9% de los casos los cultivos fueron negativos.