

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021



Minimizar
mejorar
Avanzar



XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021

Minimizar
mejorar
Avanzar

COMUNICACIÓN LARGA

Manejo ambulatorio de las infecciones osteoarticulares en Urgencias

González Bertolín I, Udaondo Gascón CI, Martín Espín I, Bote Gascón P, García Sánchez P, Alcobendas Rueda RM.

Hospital Universitario Infantil La Paz. Madrid.



INTRODUCCIÓN

- Recomendaciones sobre el **tratamiento de las infecciones osteoarticulares** (IOA)  **menor duración** de terapia **intravenosa** inicial.
- **¿Manejo exclusivamente oral?**
- **Pacientes pediátricos:**
 - ✓ Mayor **vascularización** a nivel óseo y articular (mejor biodisponibilidad antibiótica)
 - ✓ Gérmenes con **menor patogenicidad** (*K.kingae*)

¿Mejor evolución y respuesta al tratamiento oral comparados con las IOA del adulto?



OBJETIVO

- Valorar la **eficacia** de un **manejo ambulatorio con antibioterapia oral** en el niño diagnosticado de IOA.
- **Resolución de:**
 - Dolor
 - Limitación funcional
 - Fiebre
 - Normalización de reactantes de fase aguda (RFA)
- **Mala evolución:** necesidad de **ingreso** posterior, **secuelas** o **cirugía**.



MÉTODOS

- Análisis **retrospectivo observacional**

Infección osteoarticular aguda manejados de forma **ambulatoria**
(artritis séptica, osteomielitis o espondilodicitis)

Pacientes: 3 meses – 16 años

Exclusión: cirugía traumatólogica reciente, diagnóstico previo de IOA en tratamiento o inmunodeficiencias



METODOLOGÍA

- **Osteomielitis/espondilodiscitis:**

1. **Clínica:** dolor, fiebre, limitación de la movilidad, punto óseo doloroso
2. **Estudio radiológico compatible:** TAC, RMN, Gammagrafía
3. **Aislamiento microbiológico** en sangre o muestra de tejido

o
resolución completa y persistente de la sintomatología tras recibir antibioterapia

- **Artritis séptica:**

1. **Clínica:** fiebre, tumefacción articular, limitación o dolor
2. **Derrame articular** demostrado por ecografía
3. **Aislamiento microbiológico** en sangre o líquido articular

o
resolución completa y persistente de la sintomatología tras recibir antibioterapia

4. **Celularidad LA** superior a 40 000 cél/mm³ (si LA)



RESULTADOS

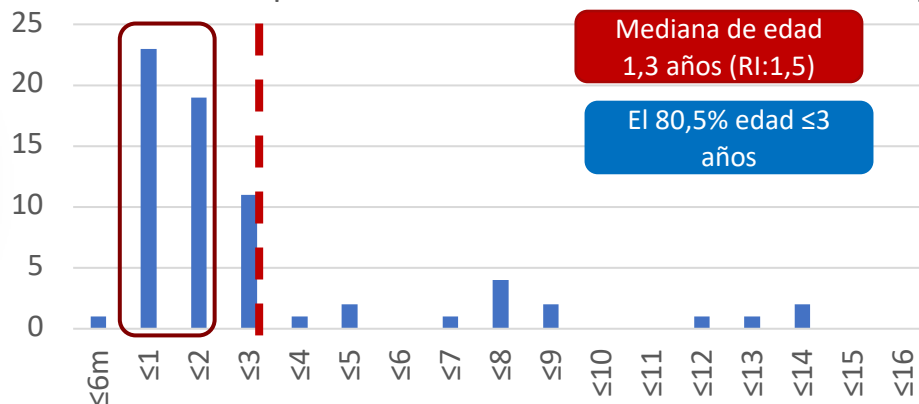
N=67

Descripción de la muestra

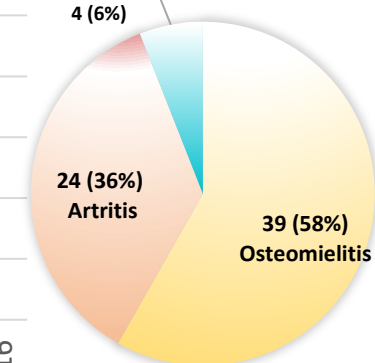
Sexo



Distribución por edades



Espondilodiscitis

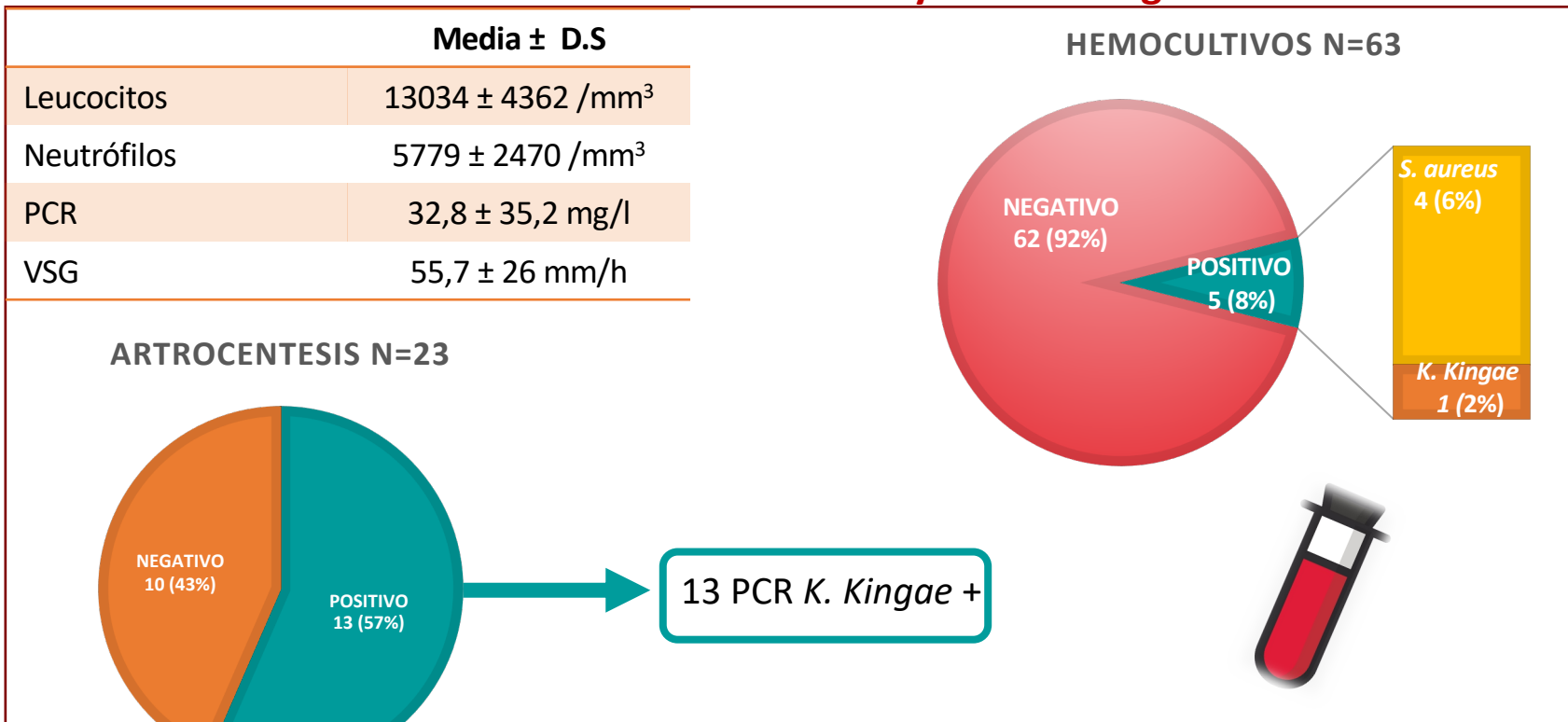


- **Tiempo de evolución:** 3 días (RI: 3,5)
- **Fiebre:** 41 (61%).
- **Temperatura:** $38,4 \pm 0,7^{\circ}\text{C}$

RESULTADOS

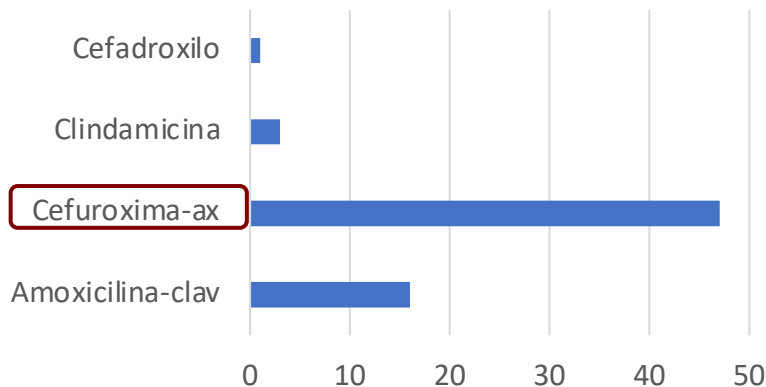
Resultados analíticos y microbiológicos

N=67



RESULTADOS

Antibioterapia oral



- **Tiempo de antibiótico:** 26 días (DS=11)
- **Dosis iv en urgencias:** 7 pacientes (10,4%). Cefuroxima-axetilo 5/7 (70%)



RESOLUCIÓN CLÍNICA: 100%
NORMALIZACIÓN ANALÍTICA: 100%
SECUELAS 0%
PRECISARON CIRUGÍA: 0%

CONCLUSIONES

- Según los datos de **nuestra cohorte**:
Pacientes de **corta edad** (1,3 años; RI=1,5)
Aislamiento ***K. kingae*** como principal microorganismo implicado

El tratamiento **ambulatorio** por **vía oral** de las IOA puede ser un tratamiento **seguro** y **eficaz**, siempre y cuando se garantice un ***seguimiento estrecho***.