

RIESGOS Y BENEFICIOS DE PROFILAXIS CON ANTIBIÓTICOS

Alergia a penicilina

Recomendación:

<p>En pacientes con antecedente de alergia a la penicilina hay que descartar que hayan tenido una reacción adversa no-inmunológica, (diarrea, vómitos, rash maculopapular no específico) o un episodio erróneamente atribuido al antibiótico (ej. ampicilina e infección por virus Epstein-Barr).</p>	<p>Buena práctica clínica</p>
---	-------------------------------

Evidencia encontrada

Las penicilinas y cefalosporinas son usualmente la indicación de elección para profilaxis antibiótica. Si un paciente es mal clasificado como alérgico a penicilina, su manejo óptimo se puede ver comprometido. Se debe realizar un manejo integral de la historia clínica del paciente. La lista de antibióticos del Anexo N°11 incluye una opción terapéutica para aquellos pacientes alérgicos a beta-lactámicos.

El GEG local en las discusiones de contextualización estuvieron de acuerdo con la recomendación elaborada por la guía SIGN 104.

Recomendación:

<p>Pacientes con historia de anafilaxis, edema laríngeo, broncoespasmo, hipotensión, edema local, urticaria o rash inmediatamente después de terapia con penicilina están en mayor riesgo potencial de reacciones de sensibilidad inmediata a beta-lactámicos y no deberían recibir profilaxis con un antibiótico beta-lactámico.</p>	<p>C</p>
---	----------

Evidencia encontrada

La reacción cruzada entre penicilinas y cefalosporinas se calcula que es del 10%, pero dicha información es de alrededor de 1980 y la calidad de los estudios no es muy buena. En pacientes con alergia a penicilinas, los test de alergia pueden ser usados para demostrar reacción cruzada con cefalosporinas (56) y carbapenems (57). Hay que tener en cuenta que hay un alto riesgo de peligro de muerte por reacción cruzada, por lo que se debe evaluar cuidadosamente los casos de historia previa de reacción alérgica.

La lista de antibióticos del Anexo N°11 incluye una opción terapéutica para aquellos pacientes alérgicos a beta-lactámicos.

El GEG local en las discusiones de contextualización estuvieron de acuerdo con la recomendación elaborada por la guía SIGN 104.

Recomendación:

Las políticas locales para profilaxis quirúrgica que recomienden beta-lactámicos como agentes de primera línea deben también recomendar alternativas para pacientes alérgicos a penicilinas o cefalosporinas.	Buena práctica clínica
---	------------------------

Evidencia encontrada

No se ha encontrado evidencia sobre este punto, pero tener alternativas locales para el manejo de pacientes alérgicos a penicilinas o cefalosporinas tiene consenso como buena práctica clínica. En ese sentido la presente guía se incluye en el Anexo N°11 alternativas para los pacientes alérgicos a a penicilinas o cefalosporinas.

El GEG local en las discusiones de contextualización estuvieron de acuerdo con la recomendación elaborada por la guía SIGN 104.

Colonización por bacterias multirresistentes

Recomendaciones:

El ser portador de bacterias multirresistentes debe ser identificado como un riesgo potencial para infección de sitio operatorio en cirugías de alto riesgo (ej. implante ortopédico, válvula cardiaca, injerto o shunt vascular o by-pass coronario).	Buena práctica clínica
<p>Ante sospecha de colonización por bacterias multirresistentes en pacientes programados para cirugía de alto riesgo, incluir las siguientes medidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar evaluación con especialistas (infectólogo) o con el responsable de infecciones del establecimiento de salud - Tamizaje para los organismos relevantes - Cambiar el antibiótico de elección para profilaxis. 	Buena práctica clínica

Evidencia encontrada

No se ha encontrado evidencia que la colonización de organismos multiresistentes esta asociado con una mayor frecuencia de ISQs que aquellos que estan colonizados por cepas sensibles.

El GEG local en las discusiones de contextualización estuvieron de acuerdo con la recomendación elaborada por la guía SIGN 104.

Recomendación:

Los pacientes portadores de MRSA deben llevar un curso de terapia de erradicación antes de cirugías de alto riesgo.	Buena práctica clínica
---	------------------------

Evidencia encontrada

MRSA es un factor de riesgo para ISQs y esto puede llevar a una mayor morbilidad en pacientes que son sometidos a procedimientos quirúrgicos de alto riesgo (Tabla N°10).

El GEG local en las discusiones de contextualización estuvieron de acuerdo con la recomendación elaborada por la guía SIGN 104.

Tabla N°10.- Cirugías no generales reportadas como de alto riesgo para mayor morbilidad para pacientes MRSA positivos

Cirugía	Resultado
Cirugía Cardiotorácica	Infección profunda en herida en el esternón
Cirugía Ortopédica	Infección profunda en herida
Neurocirugía	Infección profunda en herida y en shunt
Cirugía vascular	Infección en injerto

Recomendaciones:

En casos que requieren profilaxis antibiótica, los pacientes portadores de MRSA programados para cirugía de alto riesgo deberán recibir un antibiótico con actividad para cepas locales de MRSA.	Buena práctica clínica
Considerar el uso de un glicopéptido para profilaxis antibiótica en pacientes de cirugía de alto riesgo que son portadores de MRSA.	A

Evidencia encontrada

Un meta-análisis de profilaxis antibiótica para cirugía cardíaca mostró que los glicopéptidos fueron más eficaces que los beta-lactámicos para prevenir ISQs con cepas locales de MRSA (28).

El GEG local en las discusiones de contextualización estuvieron de acuerdo con la recomendación elaborada por la guía SIGN 104.

Pérdida sanguínea durante la cirugía

Recomendaciones:

Ante pérdidas de volumen intraoperatoria significativa en adultos (> 1500 ml) considerar añadir una dosis de profilaxis antibiótica luego de la terapia de reemplazo de fluidos.	Buena práctica clínica
En caso de pérdidas de volumen intraoperatoria significativa en niños (25 ml/kg) considerar añadir una dosis de profilaxis antibiótica luego de la terapia de reemplazo de fluidos.	Buena práctica clínica

Evidencia encontrada

Se sabe que las concentraciones de antibiótico sérico están reducidas con las pérdidas sanguíneas y el reemplazo de fluidos, especialmente en la primera hora de cirugía, cuando el nivel de las drogas es alto (58-60). No hay mucha evidencia y esto es debido a que el balance

entre la pérdida de volumen sanguíneo, el reemplazo de fluidos y la farmacocinética propia de cada antibiótico es particular en cada caso y por grupo etéreo.

Un estudio pequeño en niños que ingresaron a cirugía de cabeza y cuello mostró que los niveles de antibiótico estaban en niveles debajo de lo requerido terapéuticamente durante la cirugía. Asimismo, un estudio pequeño farmacocinético (n=11 adultos) mostró que una pérdida moderada de sangre podría llevar a niveles bajos del antibiótico a nivel sérico (61).

El GEG local en las discusiones de contextualización estuvieron de acuerdo con la recomendación elaborada por la guía SIGN 104.