

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN
ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR



son Espases

hospital universitari
sector ponent

AUTORES

Manuel-Rimbau Muñoz, Enrique. Facultativo Especialista de Área del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular.

REVISORES

Este documento fue revisado en la reunión de la Comisión de Infección Hospitalaria, profilaxis y política antibiótica en fecha de 18 de enero de 2023. Los asistentes a la reunión fueron: Aretio Pousa, Ana; Dueñas Morales, Joaquín; Fanjul Losa, Francisco; Gacias Gilet, María Magdalena; Guiu Marti, Alexandra María; Hidalgo Pardo, María Olga; Martín Pena, Luisa; Oliver Palomo, Antonio; Palou Rotger Alex; Riera Jaume, Melchor; Rojo Molinero, Estrella; Torres Juan, Marta; Torres Pedros, Vicente.

APROBACIÓN

Martín Pena, Luisa. Presidenta de la Comisión de Infección Hospitalaria, profilaxis y política antibiótica y coordinadora del Programa de Optimización del Uso de Antibióticos (PROA) del Hospital.

MODIFICACIONES

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN
01	14/02/2023	Primera edición.

Tabla de contenido

1.	Alcance.....	5
2.	Consideraciones preoperatorias.....	6
3.	Aspectos prácticos.....	6
4.	Cuidados postoperatorios.....	7
5.	Definiciones / Acrónimos.....	7
6.	Referencias.....	8

1. Alcance

1.1 *Ámbito de aplicación y profesionales implicados*

Médicos especialistas e internos residentes, de ámbito hospitalario.

1.2 *Población diana*

Todos los pacientes ingresados en el Hospital Universitario Sn Espases.

2. Consideraciones preoperatorias

Considere los factores de riesgo individuales para cada paciente.

La necesidad de profilaxis, antibiótico a utilizar o dosis necesaria (p.e. ante situaciones como inmunosupresión, presencia de catéteres urinarios o stents, alergias, obesidad, diabetes mellitus, episodio de infección activa, neoplasia activa o según la patología a tratar).

Infecciones activas pre-existentes (conocidas o sospechadas).

Si existe una infección activa, deberá emplearse el tratamiento antibiótico específico en lugar de la profilaxis antibiótica. La dosis necesaria deberá ser revisada para permitir el ajuste previo a realizar la incisión cutánea.

3. Aspectos prácticos

Administración del antibiótico

- Bolo IV – Deberá ser administrada dentro de los 60' antes de la incisión cutánea (30' óptimo). La administración después de la incisión cutánea o 60' antes de iniciar la incisión reduce su efectividad
- Infusión IV – Debe ser iniciada entre 30-60' antes de la incisión cutánea (p.e. Metronidazol). (vea administración de Vancomicina)

Riesgo MRSA

Definido como historia previa de infección o colonización por MRSA. Valoración de forma selectiva profilaxis específica en paciente con elevado riesgo por ingreso prolongado (más de cinco días) en unidades de alto riesgo para infección por MRSA (UCI, REA) donde la infección por MRSA puede ser endémica.

- Añada Vancomicina (vea administración de Vancomicina)

Administración de Vancomicina

- Administre 1 gr de Vancomicina (1'5gr para pacientes de más de 80 kg de peso) mediante infusión IV, iniciando entre 30-120' antes de la incisión cutánea y administrando a un régimen de 1gr por hora (1'5 gr cada 90 minutos). Nota: La infusión deber ser completada antes de iniciar la incisión cutánea

Repetición de dosis

- Se recomienda una dosis única en la mayoría de procedimientos, aunque en ocasiones es recomendable administrar una segunda dosis cuando el ATB administrado es de corta duración como la cefazolina en las siguientes situaciones:
 - Cirugía prolongada (más de cuatro horas tras la dosis inicial)
 - Pérdida sanguínea elevada con reposición de volemia

Pacientes con obesidad

- Considere la administración de una dosis de 3gr de cefazolina en paciente con peso superior a 120 Kg. (consulte indicaciones)

<i>Profilaxis recomendada</i>		
	<i>Profilaxis recomendada</i>	<i>Alto riesgo de alergia a penicilina/cefalosporina*</i>
Reconstrucción vascular (p.e. cirugía aorta abdominal, injerto protésico/stent, abordaje inguinal)	Cefazolina 2g IV (niños 30mg/kg hasta 2 g), repetir cada 8h en dos ocasiones postoperatoriamente <u>Alto riesgo para MRSA:</u> Añada Vancomicina 1g IV (1'5g para pacientes >80 kg)	Añada Vancomicina 1g IV infusión (1'5g para pacientes >80 kg), puede repetirse a las 12h de la dosis inicial
Amputación mayor	Cefazolina 2g IV (niños 30mg/kg hasta 2 g), repetir cada 8h en dos ocasiones postoperatoriamente AÑADIR Metronidazol 500mg IV infusión (niños: 12'5mg/Kg hasta los 500mg), repetir la dosis a las 12h de la administración inicial <u>Alto riesgo para MRSA:</u> Añada Vancomicina 1g IV (1'5g para pacientes >80 kg)	Añada Vancomicina 1g IV infusión (1'5g para pacientes >80 kg), puede repetirse a las 12h de la dosis inicial AÑADIR Metronidazol 500mg IV infusión (niños: 12'5mg/Kg hasta los 500mg), repetir la dosis a las 12h de la administración inicial
Fístula arteriovenosa autóloga primaria	No se requiere profilaxis	
Revisión de fístula arteriovenosa autóloga o protésica	Cefazolina 2g IV (niños 30mg/kg hasta 2 g) <u>Alto riesgo para MRSA:</u> Añada Vancomicina 1g IV (1'5g para pacientes >80 kg)	Vancomicina 1g IV (1'5g para pacientes >80 kg)

4. Cuidados postoperatorios

Excepto en los casos referidos más arriba, los antibióticos postoperatorios NO están indicados a menos que exista una infección confirmada o sospechada, independientemente de la presencia o no de drenajes quirúrgicos.

Si existe infección sospechada, considere la modificación del régimen antibiótico en función de la situación clínica y el resultado del cultivo microbiológico.

5. Definiciones / Acrónimos

- DRESS: Sarpullido cutáneo secundario a fármacos con eosinofilia y síntomas sistémicos (del inglés, Drug Rash with eosinophilia and systemic symptoms)
- IV: Intravenoso
- MRSA: Stafilococo aureus meticilin resistente (del inglés, Methicilin-resistant Staphylococcus aureus)

- SJS/TEN: Síndrome de Stevens-Johnson/ Necrosis epidérmica cutánea (del inglés, Stevens-Johnson syndrome /Toxic epidermal necrolysis)

* Alergia de alto riesgo para penicilina/cefalosporina: Historia sugestiva de reacción alérgica grave (p.e: anafilaxia, angioedema, broncoespasmo, urticaria, DRESS/SJS/TEN)

6. Referencias

1. Endorsed by South Australian expert Advisory Group on Antibiotic Resistance (SAAGAR) March 2012, Last reviewed and amended August 2017.
2. Kalapatapu V. (2017). "Lower extremity amputation". In: Mills JL Snr and Eidt JF (eds), UpToDate, Waltham, MA. [www.uptodate.com] Accessed Aug 2017
3. McIntosh, J., Earnshaw, JJ. (2009) "Antibiotic prophylaxis for the prevention of infection after major limb amputation". Eur J Vasc Endovasc Surg 37 (6): 696 - 703.
4. MRSA in lower limb amputation and the role of antibiotic prophylaxis. Richards T, Pittathankel AA, Pursell R, Magee TR, Galland RB. J Cardiovasc Surg (Torino). 2005 Feb;46(1):37-41.
5. Five day antibiotic prophylaxis for major lower limb amputation reduces wound infection rates and the length of in-hospital stay. Sadat U, Chaudhuri A, Hayes PD, Gaunt ME, Boyle JR, Varty K. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2008 Jan;35(1):75-8. doi: 10.1016/j.ejvs.2007.07.016. Epub 2007 Oct 3.
6. Salman, L., Asif, A. (2009) "Antibiotic Prophylaxis: Is it needed for dialysis access procedures?". Seminars in Dialysis 22(3): 297-9.
7. Stone, PA., AbuRahma, AF, Campbell, JR et al (2015). "Prospective randomized double-blinded trial comparing 2 anti-MRSA agents with supplemental coverage of ceftazolin before lower extremity revascularization". Ann Surg 262: 495-501.